

Ergoterapins roll i rehabiliteringen av äldre med demens

En systematisk litteraturstudie

Nicole Hjelt

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	2706
Författare:	Nicole Hjelt
Arbetets namn:	Ergoterapins roll i rehabiliteringen av äldre med demens En systematisk litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Denice Haldin
Uppdragsgivare:	Sibbo stad
<p>En forskningsöversikt över ergoterapins roll i rehabiliteringen av äldre med demens och hur ergoterapi inverkar på livskvaliteten. Översikt gjord för Sibbo stad för att kunna användas som grund till motiveringen av en ny ergoterapitjänst. Metod: En systematisk litteraturstudie gjord på vetenskapliga artiklar skrivna efter år 2000. En kvalitativ innehållsanalys av innehållet. Resultat: Ergoterapi inverkar positivt på livskvaliteten hos äldre med demens. Aktivitet är viktigt för att bevara välmående och självständighet. Mer ergoterapi inom arbetet med äldre med demens efterlyses. Diskussion: Demens är en snabbt växande folksjukdom som tynger vår sjukvård redan nu. Med ergoterapi kan man både höja livskvaliteten hos äldre med demens, och öka deras självständighet och funktionsförmåga och på så sätt underlätta sjukvården. Fler undersökningar inom området behövs.</p>	
Nyckelord:	ergoterapi, demens, livskvalitet
Sidantal:	71
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	29.3 2011

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational Therapy
Identification number:	2706
Author:	Nicole Hjelt
Title:	The role of Occupational Therapy in the rehabilitation of elderly with dementia A systematic review
Supervisor (Arcada):	Denice Haldin
Commissioned by:	Sipoon kaupunki
<p>A research review of the role of occupational therapy in the rehabilitation of elderly with dementia, and how occupational therapy impacts on quality of life. Study assigned for Sipoon kaupunki to be used as a basis for justifying a new occupational therapy position. Method: A systematic review made with scientific articles written after 2000. Analyzed with a content analysis. Results: Occupational therapy has a positive impact on quality of life among elderly with dementia. Activity is important for maintaining wellness and independence. More occupational therapy in the work with older people with dementia is desirable. Discussion: Dementia is a rapidly growing national disease that is currently burdening our health care. With occupational therapy we can both improve the quality of life among the elderly with dementia, and increase their independence and functional ability, and thereby facilitate medical care. More studies are needed in the area.</p>	
Keywords:	Occupational Therapy, dementia, quality of life
Number of pages:	71
Language:	Swedish
Date of acceptance:	3/29/2011

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Toimintaterapia
Tunnistenumero:	2706
Tekijä:	Nicole Hjelt
Työn nimi:	Toimintaterapian rooli dementoituvien vanhusten kunnossa Järjestelmällinen katsaus
Työn ohjaaja (Arcada):	Denice Haldin
Toimeksiantaja:	Sipoon kaupunki
<p>Järjestelmällinen katsaus toimintaterapian roolista vanhusten dementiakuntoutuksessa ja toimintaterapian vaikutus elämänlaatuun. Tutkimus on tilaustyö Sipoon kaupungilta, ja toimii pohjana perusteltaessa uutta toimintaterapiavirkaa. Menetelmä: Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus tehtiin tieteellisillä artikkeleilla. Sisältö analysointiin laadullisella sisällönanalyysillä. Tulokset: Toimintaterapialla on positiivinen vaikutus dementoituneiden vanhusten elämänlaatuun. Toiminta on tärkeä hyvinvoinnin ja itsenäisyyden säilyttämiseksi. Dementiakuntoutuksessa tarvitaan enemmän toimintaterapiaa. Keskustelu: Dementia on nopeasti kasvava kansansairaus joka rasittaa meidän terveydenhuoltoamme. Toimintaterapialla voi sekä nostaa dementoituneiden vanhusten elämänlaatua, että lisätä heidän riippumattomuuttaan ja toimintakykyään, ja siten helpottaa terveydenhuoltoa. Lisää tutkimuksia tarvitaan alueella</p>	
Avainsanat:	toimintaterapia, dementia, elämänlaatu
Sivumäärä:	71
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	29.3.2011

INNEHÅLL

1 Inledning.....	6
2 Bakgrund.....	8
2.1 Demenssjukdomar i Finland.....	10
2.1.1 Behandling av demenssjukdomar.....	12
2.1.2 Förhindrandet av Alzheimers sjukdom.....	13
2.2 Rehabiliteringen av demenssjukdomar	13
2.2.1 Ergoterapi och demenssjukdomar	15
2.3 Teoretisk referensram	17
2.3.1 Aktivitetsvetenskap.....	17
2.4 Tidigare forskning.....	21
2.4.1 Materialsökning för tidigare forskning	21
2.4.2 Äldre och livskvalitet	21
4 Syfte och frågeställningar	26
5 Metod	28
5.1 Datainsamling.....	28
5.2 Analysmetod.....	33
5.3 Etiska reflektioner	33
6 Resultat	35
6.1 Centrala faktorer som inverkar på livskvaliteten hos äldre med demens	35
6.1.1 Passivitet – inte en automatisk följd av demens	35
6.1.2 Personalens ansvar	36
6.1.3 Multisensorisk stimulering.....	36
6.1.4 Aktiviteter för att bevara livskvalitet.....	37
6.1.5 Kognitiv stimulering och motion	39
6.2 Ergoterapiens roll när det gäller bevarandet av livskvaliteten hos äldre med demens.....	40
7 Diskussion	43
7.1 Resultatdiskussion	43
7.2 Metoddiskussion.....	45
7.3 Framtida forskning.....	46
Källor	48
Bilagor	52

1 INLEDNING

I arbetet med äldre inom olika instanser stöter man på ett återkommande problem när det gäller arbetet med äldre med demenssjukdomar. Det har sagts förut och det tåls att säga igen; det verkar som om det inte finns tillräckligt med tid och resurser för att ta alla i beaktande, och då verkar det i många fall bli de som skriker minst som blir lidande.

Personer som lider av demenssjukdomar, har ofta svårt att uttala sina önskemål, speciellt om det innebär att aktivt kräva uppmärksamhet. I många fall ser man då dessa personer verkar gå allt längre in i sig själv tills de ter sig helt isolerade från omvärlden och blir liggande i sängen tills döden kommer och (det här ordet används medvetet) befriar dem.

Deras öde går stick i stäv med det studerande lär sig i dag. I teorin gäller det att ta alla i beaktande och trygga dem ett meningsfullt liv oberoende livsskede och situation. Nu gäller det att kunna använda sig av de här idealen i praktiken. Om allt det här bryts i mindre beståndsdelar fastnar fokus på ordet livskvalitet. Det är väl ändå det det hela handlar om? Det är det dessa personer verkar sakna och det vi lär oss vi skall tillföra våra klienter.

Därför är målet med det här arbetet att lyfta fram ergoterapins roll i rehabiliteringen av äldre med demens, med fokus på livskvalitet. Intressant är att se om man i forskningar kunnat konstatera att ergoterapi har någon roll i att höja livskvaliteten hos äldre med demens, och vad den rollen är i så fall.

I dag fokuserar det rådande paradigmet inom ergoterapi på aktivitet och individens egen motivation. I det senaste paradigmskiftet har man helt enkelt återgått till de grundläggande värderingarna inom ergoterapi. Man har undersökt människans eget ansvar och möjlighet till adaption, och vilken betydelse roller och en stöttande miljö har. Man har återgått till ett holistiskt sätt att se på människan, istället för att iakta henne som en maskin där en viss input ger ett visst resultat. (Kielhofner 2004 s. 57-59)

Till pappers ser det här ju väldigt fint ut, men frågan är hur vi kan tillämpa de här värderingarna i praktiken. Ergoterapeuter i dag har en stark tro på människans anpassningsförmåga och vikten av att kunna vara aktiv och utföra meningsfulla aktiviteter för att leva ett liv av hög kvalitet också på äldre dagar. Det gäller att fokusera på miljön och livsstilen, och se vilka förändringar som kan hjälpa trygga en god ålderdom. (Carlson & al 1998 s. 108)

Därför är det viktigt att i vårt arbete ständigt hålla oss ajour kring vilka forskningar som görs och vilken roll ergoterapin spelar inom olika grupper. Den här forskningsöversikten är en möjlighet att granska vilka möjligheter det finns inom ergoterapin att underbygga och stöda livskvaliteten hos äldre med demens. Vidare är det viktigt att arbetet kan användas som ett underlag för Sibbo kommun för att ledningen där lättare skall kunnat ta ett beslut kring ifall det behövs en ny ergoterapitjänst eller inte.

2 BAKGRUND

Den här forskningsöversikten är ett beställningsarbete från Sibbo kommun. Sibbo arbetar för att utveckla sin service för äldre, och ett önskemål är att kunna anlita en ergoterapeut i framtiden. För att kunna motivera en kommunal ergoterapitjänst gjordes en lättöverskådlig forskningsöversikt där man begrundat sig i forskningar kring ergoterapins roll i arbetet med äldre med demenssjukdomar.

I Sibbos äldrepolitiska program kan man läsa om kommunens ambitioner och mål när det gäller vården och rehabiliteringen av äldre. Det framgår tydligt att de strävar efter att kunna erbjuda sina invånare bästa möjliga vård och möjlighet till rehabilitering, och att fokus ligger på att människan skall kunna vara aktiv och delaktig i samhället så länge som möjligt. Visionen och planen för det äldrepolitiskaprogrammet i Sibbo inleds med orden "Utgångspunkten för Sibbo kommuns äldrepolitiska program är en humanistisk människouppfattning, där det centrala är att se människan som subjekt och inte som objekt. Vid ordnande av service för äldre ska framför allt respekten för människan betonas. Kundorientering och empati tryggar klienternas möjlighet till delaktighet och påverkan." (Räsänen et al 2008 s. 4). Det är lätt att dra paralleller till många av ergoterapins grundvärderingar i det äldrepolitiskaprogrammets målsättningar. Inom ergoterapin utgår man ifrån att varje individ är unik, att varje person har ett inre värde och möjlighet till förändring, att alla kan ta egna beslut när det gäller ens eget liv och att människan i grunden är social och andlig. Ergoterapin betonar också individens möjlighet till aktivitet oberoende nedsättning. (Towsend et al 2002 s. 31)

Sibbos äldrepolitiska program tar även upp det växande antalet äldre och en stor åldersgrupps pensionering inom en snar framtid. I den här studien föll valet på att koncentrera sig på den klientel som lider av demenssjukdomar i.o.m. de i Finland idag utgör en folksjukdom som utmanar social- och hälsovårdens resurser allt mer. (Erkinjuntti et al 2010 s. 5) I Sibbos äldrepolitiska program nämns demenssjukdomar som en prioritering: "...demenssjukdomar hör till de viktigaste faktorerna som ökar servicebehovet hos äldre." Det fortsätter med: "Mission: Äldreomsorgens uppgift är att med respekt för självbestämmanderätten garantera Sibboborna en trygg och självständig ålderdom genom att

stödja deras funktionsförmåga och delaktighet i samhällets verksamhet”. (Räsänen et al 2008 s. 12)

Valet föll på att göra upp en forskningsöversikt i vilken studerar ergoterapins roll i rehabiliteringen av äldre med demens undersöks. Detta för att kunna klargöra behovet av en ergoterapeut när det gäller att trygga den självständiga ålderdomen hos personer med olika former av minnessjukdomar. Fokus har legat på livskvalitet i.o.m. att det som begrepp summerar den värdiga ålderdom som Sibbo vill trygga sina invånare. Sibbos äldrepolitiska program belyser behovet av att vara självständig och aktiv som gammal med orden: ”...människan är fri och självstyrande...Även en gammal människa vill förverkliga sig själv, få uppskattning och umgås med andra... Kundorientering och kundempati garanterar klienternamöjlighet till delaktighet och påverkan...” (Räsänen et al 2008 s. 4-13) Åter är det inte svårt att sammankoppla dessa värderingar med de värderingar som råder i ergoterapin. Inom ergoterapin är man noggrann med att betona att klienten har såväl kunskap som erfarenhet gällande sig själv och att klienten därmed är aktiv i den egna terapiprocessen. (Towsend et al 2002 s. 31)

Slutgiltigt konstateras det i Sibbos äldrepolitsika program att ” Visionen för äldreomsorgen i Sibbo kommun är att både kvalitativt och innehållsmässigt vara en framstegs- vänlig och ledande producent av tjänster för äldre samt den mest attraktiva och eftertraktade arbetsplatsen inom äldreomsorgen på riksnivå.” (Räsänen et al 2008 s. 6-18) Det är starka och ambitiösa ord som visar på att Sibbo insett behovet av att ha en fuge- rande äldrevård och att det handlar om att satsa på klienterna såväl som de anställda. Målet med den här studien är att Sibbo lättare skall kunna fatta framtida beslut kring att anställa flera ergoterapeuter, och även kunna få en bättre uppfattning kring hur och på vilka områden, när det gäller personer med demenssjukdomar, ergoterapin behövs och gör nytta.

2.1 Demenssjukdomar i Finland

I Finland upplever var tredje person över 65 sig lida av symtom som tyder på minnesstörningar och upp till 250 000 antas kunna diagnostiseras med en minnessjukdom. Minnessjukdomarna utgör med andra ord en av våra folksjukdomar och erbjuder en stor utmaning för vår social- och hälsovård. I dag vill man koncentrera sig på en förebyggande, holistisk vård och rehabilitering. (Erkinjuntti et al 2010 s. 5)

I Finland insjuknar årligen 13 200 personer i någon demenssjukdom. Sjukdomarna är vanligare hos kvinnor hos personer över åttio år, bland personer under åttio är demenssjukdomarna vanligare bland män. Demens är vanligare i Väst- och Nordeuropa än i Sydeuropa. Speciellt bland den äldre befolkningen är skillnaden tydlig.

(Erkinjuntti et al 2010 s. 33)

Minnessjukdomar innefattar många olika störningar och sjukdomar. Med benämningen minnessjukdom avser man sjukdomar som påverkar minnet och andra områden som har med informationsbearbetning att göra. Alzheimers sjukdom är den allmännaste, nästvanligast är Lewy Body demens och vaskulär demens, och den ovanligaste är frontallobsdemens. (Erkinjuntti et al 2010 s. 30-36)

Med demens avser man en kognitiv reduktion på flera områden än ett, som försvagar möjligheten till ett självständigt liv när det gäller vardag, arbete eller det sociala livet. Demens är en term för en samling symtom, inte en specifik sjukdom. (Erkinjuntti et al 2010 s. 30-36)

Alzheimers sjukdom är den vanligaste framskridande minnessjukdomen. Av alla med framskridande minnessjukdomar lider 70% av Alzheimers sjukdom. Sjukdomen utvecklas i faser som skadar olika delar av hjärnan. Vanligen är de första symtomen problem med minnet, alternativt kan problem med den visuospatiala funktionen, språket eller förmågan att planera och genomföra en aktivitet uppstå som de tidigaste symtomen. En försämring av initiativförmågan är nära förankrad till försvagat minne och sämre förmåga att bearbeta information. En variant av Alzheimers sjukdom är Alzheimers sjukdom och bristande blodcirkulation i hjärnan. Den antas vara den

vanligaste framskridande undertypen av minnessjukdom i framtiden. (Erkinjuntti et al 2010 s. 121-140)

Frontallobsdemens är vanligare bland män och debuterar ofta i åldern 45-65. Den börjar smygande och framskrider långsamt. Symtom är förändrad personlighet, problem med att planera och genomföra en aktivitet, försvagad social förmåga, försämrad beslutsförmåga och problemlösningsförmåga, problem med att producera tal och försämrad sjukdomsinsikt. (Erkinjuntti et al 2010 s. 166)

Lewy Body demens uppkommer ofta i samband med Parkinsons sjukdom. Hälften av patienterna visar också på förändringar i hjärnan typiska för Alzheimers sjukdom. Lewy Body demens börjar långsamt och är allmännare bland män. Typiska symtom är problem med uppmärksamhet och kognitiva funktioner, återkommande synvillor och extrapyramidala symtom. Sjukdomstypiska drag är också problem med REM-sömnen och känslighet för psykosmediciner. (Erkinjuntti et al 2010 s. 159)

Semantisk demens är en annan form av demens som är allmännare bland män. Den debuterar i allmänhet i åldern 50-70 år och brjar och utvecklas långsamt. De begynnande symtomen är problem med språket när det gäller att namnge och förstå saker, tomt betydelselöst tal och associativ agnosi. I samband med Parkinsons sjukdom får ca. 70 % av patienterna även någon form av minnesstörningar och problem med informationsbearbetning. Till symtomen hör bl.a. problem med uppmärksamhet, de visuospatiala funktionerna och minnet. Synvillor och vanföreställningar och förändringar i beteendet, initiativförmågan, vakenheten och personligheten hör även till sjukdomsbilden. (Erkinjuntti et al 2010 s. 16-19).

Vaskulär demens är en minnesstörning som orsakas ischemi eller en blödning i hjärnan. Till denna grupp har man traditionellt även räknat de personer som lider av Alzheimers sjukdom i samband med bristande blodcirkulation i hjärnan. Vaskulär demens är en samling symtom, inte en specifik sjukdom. (Erkinjuntti et al 2010 s. 16-19).

Förväntad levnadstid efter att diagnosen ställts varierar mycket beroende på demenssjukdom. Ålder, kön, sjukdomens etiologi och övriga riskfaktorer inverkar också på levnadstiden. Vanligen är prognosen bättre för kvinnor än för män. Man har också

kunnat konstatera att prognosen är sämre ju äldre personen är. (Erkinjuntti et al 2010 s. 50-55)

Vid Alzheimers sjukdom är den förväntade levnadstiden med sjukdomen 10-12 år. Tidiga problem med rörligheten, rikligt med psykotiska symtom och irritation är faktorer som inverkar negativt på levnadstiden. Vid vaskulär demens varierar prognosen avsevärt mycket mer än vid Alzheimers sjukdom. Orsaken till förändringarna i hjärnan och förekomsten av andra kranskärslsjukdomar inverkar på den beräknade levnadstiden, som vanligen sträcker sig mellan 5-8 år efter att diagnosen ställts. När det gäller Lewy Body demens så varierar prognosen för den beräknade levnadstiden med två år upp till t.o.m. 20 år efter att diagnosen ställts. (Erkinjuntti et al 2010 s. 50-55)

Av alla som lider av minnessjukdomar vårdas 40-50 % på anstalt. För män i åldern 50-59 år som lider av en minnessjukdom är det 700 gånger mera troligt att råka ut för anstaltvård än vad det är för andra män i samma åldersgrupp. För kvinnor är motsvarande siffra 75. I äldre åldersgrupper är skillnaden gällande vem som behöver anstaltvård betydligt mindre. Dödligheten bland dem som lider av en minnessjukdom är 2,4 gånger större än hos andra i samma åldersgrupp. Internationellt är minnessjukdomar på fjärde och sjätte plats när det gäller dödsorsaken för personer över 65. Den vanligaste akuta dödsorsaken för patienter med minnessjukdomar är akut andningsinfektion. Hos dem med vaskulär demens är hjärt- och kärlsjukdomrelaterade dödsfall vanligare än hos personer med Alzheimers sjukdom. (Erkinjuntti et al 2010 s. 50-55)

2.1.1 Behandling av demenssjukdomar

Det mest väsentliga när det gäller behandlingen av minnessjukdomar är att upptäcka sjukdomen i ett tidigt skede. I vissa fall kan symtomen vara behandlingsbara om man upptäcker orsaken i tillräckligt god tid. I de flesta fall är dock orsaken antingen Alzheimers sjukdom eller vaskulär demens, så det allra viktigaste när det gäller demenssjukdomar i dagens läge är att förebygga dessa två sjukdomar. (Erkinjuntti et al 2010 s. 52)

2.1.2 Förhindrandet av Alzheimers sjukdom

Uppkomsten av Alzheimers sjukdom kan ha såväl genetiska som miljöbetingade orsaker. De förändringar i hjärnan som ger upphov till Alzheimers sjukdom kan uppstå redan 20-30 år innan sjukdomen kan diagnostiseras kliniskt. Därför har man börjat betona preventiv vård allt mer. De främsta riksfaktorerna är hög ålder, ärftlighet, Downs syndrom och ApoE-ε4-allelen. (Erkinjuntti et al 2010 s. 449)

Andra faktorer man kommit underfund med att troligtvis påverkar uppkomsten av Alzheimers sjukdom är högt blodtryck, högt kolesterolvärde och övervikt i medelåldern, försämrad glukostålighet och hyperinsulinemi. Möjliga faktorer kan även vara högt homocystein, brist på (B12 och B6) vitamin och folatbrist, rökning, allvarliga skullskador och depression. Man är osäker på ifall kardiovaskulära sjukdomar, inflammatoriska orsaker, hypotyreos och gifter även kan ha ett samband med uppkomsten av Alzheimers sjukdom. (Erkinjuntti et al 2010 s. 449)

För förebyggandet av Alzheimers sjukdom har man kommit fram till att utbildning, aktiva fritidsintressen, motion, ett fungerande socialt nätverk, en parrelation, behandling av blodtryckssjukdomar, statiner, fisk, grönsaker, Medelhavsdieten, kaffe, antioxidanter, Apolipoprotein ApoE-ε2-allelen och måttligt alkoholintag kan vara till nytta. Osäkrare är estrogen och anti-inflammatoriska mediciner. (Erkinjuntti et al 2010 s. 449)

2.2 Rehabilitering av demenssjukdomar

När det gäller rehabilitering av en minnessjukdom så måste man ha i åtanke att minnet bygger på kordinationen av olika nervbanor i hjärnan, och symtomen beror på vilket område i hjärnan som tagit skada. Rehabiliteringen inleds med en neuropsykologisk undersökning med hjälp av vilken man undersöker vilka delprocesser som försvagats och i hur stor del minnesförlusten beror på andra kognitiva nedsättningar.

(Erkinjuntti et al 2010 s. 457-459)

Ifall de neurologiska minnessymtomen uppstår plötsligt förstår klienten ofta inte vad det handlar om. Världen omkring kan upplevas förvirrande. Även när det gäller milda symptom så innebär det ofta problem då personen i fråga skall åter vända till sina studier eller sitt jobb. Inget förlöper som förut och det som förr gick per automatik kan nu upplevas vara arbetsamt och annorlunda. Därför kan ett bra inledande mål för rehabiliteringen vara att klargöra för klienten vad skadan innebär för att sedan lättare kunna gå vidare. Det gäller att diskutera och gå igenom situationer som överskrider personens kapacitet i den stunden när det gäller att återkalla minnen eller hålla saker i minnet.

(Erkinjuntti et al 2010 s. 457-459)

Ytterst viktig är även att koncentrera sig på personens bevarade kognitiva förmågor och möjligheter. För att undvika psykiska följsymtom är det viktigt att personen ifråga är medveten om vad problemen med minnet beror på och hur personen förutspår sig klara av olika situationer trots sin nedsättning. Ifall personen blir deprimerad uppstår det ofta nedvärderande tankar kring den egna förmågan och en upplevelse av hopplöshet. Det är med andra ord viktigt att förebygga den här typen av tankebanor.

(Erkinjuntti et al 2010 s. 457-459)

En annan vanlig reaktion på situationen är ångest då vardagen börjar kännas överväldigande. Då är det viktigt att i rehabiliteringen erbjuda personen olika sätt att få grepp om den egna förmågan att påverka vardagen. Målen i rehabiliteringen grundar sig på hur den neuropsykologiska symtombilden ser ut, ifall symtomen är bestående eller kommer att förvärras och hur stort socialt nätverk den drabbade har. Det är viktigt att sätta upp realistiska mål med många små och konkreta delmål. Rehabilitering behövs då den drabbade inte längre klarar av sin vardag på grund av nedsättningarna. Man koncentrerar sin ansträngning på neuropsykologisk rehabilitering för att öka de kognitiva förutsättningarna, eller också anpassar man miljön efter individens behov. Beroende på graden av minnesstörning förutsätter rehabiliteringen olika expertis. I lindriga fall kan det räcka med enbart neuropsykologisk rehabilitering, i allvarligare fall krävs ett multiprofessionellt team som erbjuder bl.a. psykoterapi, kognitiva träning, grupprehabilitering, ergoterapi och psykosocial rehabilitering för att trygga bästa möjliga resultat, och i de allvarligaste fallen krävs minneshjälpmiddel och en strukturering av miljön och vardagen och så

gäller det även att koncentrera sig på att aktivera det prosedurala minnet. (Erkinjuntti et al 2010 s. 457-459)

Till skillnad från vad man tidigare har trott, så är minnesfunktionerna delvis påverkbara även i vuxenåldern. Det har gjort att man har börjat intressera sig mera för olika möjligheter till rehabilitering av minnesfunktionerna. För att få tillbaka förlorade färdigheter koncentrerar man sig på att använda sig av samma områden där skadan uppstått. Man använder sig alltså av övningar som direkt aktiverar och insriktar sig på det skadade området. På det sättet uppmuntrar man en fysiologisk läkning av området. Ett annat alternativ är att finna nya, kompenserande funktionsmodeller, och rehabilitering som stimulerar den utvecklingen. Det går att dela in rehabiliteringen i tre delar. Först och främst koncentrerar man sig på att utveckla klientens förmåga att iakta sin nuvarande situation realistiskt, och på så sätt kunna anpassa och styra sin egen aktivitet.

(Erkinjuntti et al 2010 s. 457-459)

I andra hand gäller det att utveckla olika strategier för att göra det lättare att minnas saker, d.v.s både genom att göra ändringar i miljön och lära ut olika minnesregler. Den tredje delen av rehabiliteringen gäller personer med grava minnestörningar, och handlar om att använda sig av ansatser som baserar sig på omedvetet och proceduraliskt minne, samt den skolning som man använder i rehabilitering av patienter med svåra minnesproblem. (Erkinjuntti et al 2010 s. 457-459)

2.2.1 Ergoterapi och demenssjukdomar

Ergoterapeuters expertis används allt oftare i dagens arbete med äldre med demens. Rehabiliteringen av personer med demenssjukdomar utvecklas ständigt. Inom ergoterapi tror man på att varje individ utformar en egen, unik aktivitetsidentitet under livets gång. Genom valet av sina aktiviteter bevarar personen sin identitet i vardagen, och hittar nya sidor hos sig själv. Genom aktiviteter bygger människan upp sin jagbild och sitt självförtroende. Den egna förmågan, men även de möjligheter och hinder som miljön erbjuder inverkar på den här utvecklingen. Aktiviteterna är också de som ligger till grund för människans olika roller. Individens välmående är beroende av en balans mellan olika aktiviteter. Förmågan att ta initiativ är också beroende av att man skall kunna vara själv-

ständig och känna sig trygg. Ifall aktiviteten dessutom ger en känsla av tillfredsställelse och att lyckas så bygger den upp den egna identiteten. (Heimonen & Voutilainen 2004 s. 34-35)

När ergoterapeuten arbetar med en klient som lider av någon demenssjukdom bygger terapin på att analysera personens aktivitetsidentitet och beteende. Terapeuten bör känna till klientens livshistoria, viktiga roller, aktiviteter, uppgifter och miljöer. Samtidigt bör terapeuten iakttä klientens rådande situation. Målet är att finna de aktiviteter som ger klienten glädje och en upplevelse av att lyckas, samtidigt som rutiner och vanor bör ligga i fokus. Terapeuten måste även lära sig förstå klientens logik och sätt att se på omvärlden, och i sista hand beaktar ergoterapeuten situationen ur en professionell och multiprofessionell vinkel. Ergoterapin bygger alltid på klienten och målet är att bygga upp en god vardag för denne. (Heimonen & Voutilainen 2004 s. 36)

Den omkringliggande världen för en person som lider av demens bygger mycket på tyst kommunikation, i.o.m. att talet begränsas. Därför fungerar ergoterapeuten som en spegel för klienten, där denne kan se sig själv och bevara sin identitet. Terapeuten kan t.ex. uttala känslor eller lägga namn på roller. Samtidigt är terapeuten ett fönster till den yttre världen, dit klienten inte klarar av att ta sig på egen hand eftersom världen kan te sig förvirrande, skrämmande eller t.o.m. onåbar. (Heimonen & Voutilainen 2004 s. 37)

I framtiden kunde ergoterapi användas ännu mer i det preventiva arbetet och tidiga diagnoskedet när det gäller äldre med demens. Dessutom kunde ergoterapeuter fungera som informatörer och kursledare för anhöriga och professionella. Att understödja personer med demens och deras möjlighet att bo hemma, samtalsgrupper för dem som drabbats av depression p.g.a. sin sjukdom och dagsverksamhet är områden där ergoterapeutens kunskap behövs. Undersökningar har visat att ergoterapeuter hämta nytt kunnande till den psykosociala rehabiliteringen, som är ytterst viktig för personer med demens. Ergoterapeuter ger ett nytt sätt att se på och uppfatta den dementas världsbild och berikar den rådande rehabiliteringen. Vikten av aktivitet, analys, att sporra och anpassa är begrepp som ergoterapeuten kan hämta till såväl personalen som de anhöriga och den sjuka. (Heimonen & Voutilainen 2004 s. 46)

2.3 Teoretisk referensram

Som teoretisk referensram valdes aktivitetsvetenskapen och dess syn på adaption. Detta för att ha ett så konkret utgångsläge som möjligt och klara riktlinjer för vad livskvalitet innebär.

2.3.1 Aktivitetsvetenskap

Den mest grundläggande teorin för vetenskapen summeras i påståendet att individen är som sannast till sin mänsklighet då hon utför en aktivitet. Aktiviteten skall vara av kulturellt värde och även upplevas som värdefull av individen. Aktivitetsvetenskapen bygger på uppfattningen att människan är en aktiv varelse som är driven till aktivitet på evolutionella, psykologiska, sociala och symboliska grunder. (Zemke & Clark, 1996 s. 341-342)

I aktivitetsvetenskapen tror man också på människans förmåga att själv lägga upp sitt liv genom att besluta sig för vilka aktiviteter som utförs i det dagliga livet, och på så sätt skapa en identitet som aktiv varelse. Människan skapar även ett eget narrativ kring värdet av de olika aktiviteterna och har en egen uppfattning om det symboliska värdet av hennes företaganden. Inom aktivitetsvetenskapen menar man att människan har ett behov av att finna mening och gör det genom att utföra aktiviteter som anses symboliskt meningsfulla. På så sätt bygger hon uppfattningen om sitt eget liv och hur det passar in i eller motsäger den omkringliggande miljön. Meningen med utförandet är en lika stor del av aktiviteten som den fysiska förverklingen av den. (Zemke & Clark, 1996 s. 341-342)

Centralt är också en stark tro på människans anpassningsförmåga. Människan kan påverka sitt eget välmående och sin hälsa genom att vara aktiv. Inom aktivitetsvetenskapen talar man även om att aktiviteten alltid utförs i en viss fysisk, social, politisk och historisk miljö, och den miljön bidrar såväl till att uppmuntra till som att förhindra olika former av aktivitet. (Zemke & Clark, 1996 s. 341-342)

Inom aktivitetsvetenskapen talar man bildligt om att se aktiviteten som väven i den bonad som utgör livet. Arbete, fritid och känslan av en identitet vävs ihop till ett konstverk, och alla dess komponenter skapar tillsammans ett meningsfullt liv. En ergoterapeut kan genom aktivitet hjälpa att återskapa en klients liv. En aktivitet ger som

bäst flera positiva effekter. Dessa aktiviteter behöver inte vara större än att ta en kort paus i vardagen där man träder ut ur livets rutiner, genom att lägga sig ner i gräset och se upp mot den blå himlen eller bara krama om en person man tycker om. En väsentlig del är att ge alla en möjlighet till ett fulländat liv genom aktivitet, och att se möjligheterna hos varje individ. Terapeutens roll är att hjälpa klienten att kunna nå sitt fulla potential oberoende handikapp, och detta genom att möjliggöra ett aktivt liv för klienten. (Zemke & Clark 1996 s. 1-3)

När man blir äldre menar aktivitetsvetenskapen att man blir medveten om tidens gång och diversiteten av den egna livserfarenheten. För att kunna anpassa sig till den nuvarande situationen på ett gynnande sätt bör man kunna se på sin livserfarenhet som en rad av meningsfulla händelser och relatera dem till den aktuella livssituationen. Detta styrker känslan av den egna identiteten. Aktivitetsvetenskapen talar om att äldre reflekterar över sitt förflutna genom olika teman. Med teman menar man i det här fallet de kognitiva föreställningar som uppstår ur de värderingar och förväntningar som finns inbäddade i ens sociohistoriska omständigheter, de möjligheter man har haft i livet, och de idiosynkratiska sätt en person tolkar sitt livs skeenden. Dessa teman ses som byggstenarna för en växande självidentitet som ständigt skapas i skenet av de omkringliggande omständigheterna. (Zemke & Clark 1996 s. 51-52)

När det handlar om livskvalitet talar aktivitetsvetenskapen om adaption, eller anpassning. Att kunna anpassa sig efter en situation anses ge förbättrade möjligheter i livet. I ett exempel nämns personer med utvecklingsstörningar som bodde på ett boende och där många tyckte om att använda armbandsur, men inte visste hur man avläser tiden. Då hade de lärt sig att gå fram till människor och säga att deras armbandsur stannat, och de önskade få veta tiden. På så sätt kunde de använda armbandsur, som hade ett självvärde, samtidigt som de lärde sig att ta reda på tiden på ett annat sätt. (Zemke & Clark 1996 s. 51-52)

Därför understryker också aktivitetsvetenskapen vikten av lämpliga hjälpmedel för att människor med olika nedsättningar skall kunna leva ett kvalitativt gott liv. I många fall är välanpassade hjälpmedel a och o när det handlar om att trygga en värdefull och smidig vardag, och på så sätt väsentligt underlätta personens möjligheter att anpassa sitt liv efter sin nedsättning. Det är också viktigt att komma ihåg att livskvalitet kan betyda

olika saker för olika personer. I vårt samhälle tenderar vi ibland att fokusera på mål och framgång, och att vara produktiv i någon mån. Det kan dock lika väl handla om att knyta starka vänskapsband eller att hitta någon form av mening och värde i en begränsande omgivning. (Zemke & Clark 1996 s. 51-52)

Aktivitetsvetenskapen talar för att människan har ett behov att utveckla ett så kallat adaptivt system för att leva ett tillfredsställande liv. Som exempel nämns en undersökning där man följde med tre ensamstående kvinnor som alla var överlevare av polio. De hade olika inkomster och olika livssituation, men alla utvecklade ett adaptivt system med fokus på liknande saker. Dessa kvinnor hade fördelen att kunna utveckla sina strategier under en väldigt lång tid, p.g.a. naturen av deras nedsättningar, men alla fokuserade sist och slutligen på rutiner, lämplig hjälp, nivå av energi och dagliga aktiviteter. (Zemke & Clark, 1996 s. 52-53)

Dessa system innehåller en balansgång av områden som karaktäriserar vårt samhälle, så som materiella aspekter, teknologi, arbete, släktskap, estetik, fritid, sexualitet och fortplantning, religion och politik. Det gäller alltså att ta dessa områden i beaktande när det gäller en människa som fått någon form av nedsättning, och se hurdana möjligheter det finns för att utveckla nya adaptiva system. Som exempel nämns en kvinna som gick igenom en skilsmässa som ledde till en depression som krävde anstaltvård, gjorde att hon var tvungen att avbryta sina studier, ledde till att hon inte hade någon möjlighet till transport och gjorde henne helt beroende av assistenter. Efter två år hade hon dock lyckats utveckla ett adaptivt system som gjorde att hon kunde återvända till skolan, flyttat till en lägenhet som gjorde det möjligt att använda sig av allmänna transportmedel och kunde ta kontroll över sitt liv igen. (Zemke & Clark, 1996 s. 52-53)

Aktivitetsvetenskapen delar in adaption i adaptionstrategier och adaptionssystem. Adaptionstrategier är segment av handlingar som ger större möjligheter i livet och ökar livskvalitet, och som blir nästan en del av individens repertoar i livet. Adaptionssystem innefattar mer än strategierna. Det handlar om att ta i beaktande alla aktiviteter i alla livsområden, och personens alla resurser, som tillsammans stöder individens livsmål och livskvalitet. En studie har visat att de adaptiva strategier som äldre upplever mest meningsfulla är metoder som individen använder för att överkomma hinder och leva meningsfulla, tillfredsställande liv. (Lentin 2006 s. 153-155)

Trots att termen adaption hör till en av de grundläggande termerna i ergoterapin, så finns det många olika beskrivningar för vad det egentligen innefattar. Ett sätt att beskriva adaption är att dela in begreppet i underkategorier. Då tänker man sig att adaption är en förändring som en person genomgår för att anpassa sig till en ny miljö eller situation, eller också en förändring som terapeuten genomför åt klienten för att underlätta dennes funktionsförmåga. (Lentin 2006 s. 153-155)

En annan kategori blir då adaption av en aktivitet, vilket innebär att man anpassar en aktivitet, gällande t.ex. svårighetsgrad, plats, verktyg eller dylikt för att öka prestationen. Det tredje är adaptivt beteende vilket betyder att lära sig viktiga och socialt uppskattade färdigheter för att genomföra aktiviteter och uppgifter. För att göra det hela enkelt kan man ändå säga att adaption handlar om att anpassa sitt beteende eller genomföra någon form av förändring för att möta olika utmaningar i vardagen. Då skulle det också innebära att en god adaption leder till en god balans mellan personen och miljön, såväl den sociala som den fysiska. (Lentin 2006 s. 153-155)

Adaption har också använts som benämning när man talat om människans anpassningsförmåga generellt, hur människan har en förmåga att utvecklas, förändras och bemöta utmaningar och helt enkelt uppnå välmående genom vad hon gör. Det hela sammanfattar egentligen ergoterapins tanke om att människan behöver vara aktiv för att må bra. Människan kan inverka på sitt eget fysiska och psykiska välmående, och deras sociala och fysiska miljö, genom att ägna sig åt meningsfulla aktiviteter. Biologiska, psykosociala och miljöbetingade faktorer kan störa adaptationsprocessen. Samtidigt har det konstaterats att adaption i sin tur kan leda till förändringar i sensomotoriska, kognitiva och psykosociala förmågor. (Lentin 2006 s. 153-155)

Adaption ger helt enkelt möjlighet till en effektiv och tillfredsställande reaktion på de utmaningar som miljön utsätter en för. Adaption har även beskrivits som processen av att bygga upp en positiv identitet och uppnå en kompetens till aktivitet i förhållande till miljön. Adaption är processen av att välja och organisera aktiviteter för att förbättra möjligheterna och livskvaliteten i relation till upplevelserna av individer och grupper i en ständigt föränderlig miljö. (Lentin 2006 s. 153-155)

2.4 Tidigare forskning

Livskvalitet är ett centralt begrepp inom ergoterapi, och väsentligt när det gäller äldre och deras vardag. Det är viktigt att komma ihåg att det att man blir äldre inte automatiskt behöver betyda att man måste begränsa sitt liv och ge upp saker som är värdefulla för en. Alla har vi möjlighet att leva ett kvalitativt och meningsfullt liv, det handlar bara om att anpassa vardagen på rätt sätt. (Carlson et al 1998 s.108)

2.4.1 Materialsökning för tidigare forskning

Sökningen gjordes enligt de regler Forsberg & Wengström (2008 s.80-91) lägger upp för en materialsökning. I sökningen för exkluderades de forskningar som var äldre än från år 2000 (förutom en från 1998 p.g.a ytterst hög relevans för ämnet), kvantitativa mätningar på en smal grupp då de inte kunnat visa något samband med livskvaliteten, forskningar som endast inriktat sig på hjälpmedel i.o.m att de koncentrerat sig främst på hjälpmedlets funktion, forskningar som endast inriktat sig på det ena könet eftersom att målet var att hitta generella riktlinjer för båda könen, och forskningar som inriktat sig på personer under 65 eftersom litteraturöversikten behandlar den åldrande befolkningen. Vidare valdes artiklar bort som inte var vetenskapliga och referat och sammandrag av andra artiklar. Inklusionskriterier var att det skulle vara vetenskapliga artiklar med fokus på äldre och livskvalitet. Sökord var "aged", "quality of life", "occupational therapy" och "meaningfulness" i olika kombinationer. Databaserna som användes var CINAHL, Medic och Google Scholar.

2.5 Äldre och livskvalitet

När det gäller livskvalitet och äldre med demens kan man även tala om välmående. Välmående kan ses som balansen mellan positiva och negativa affekter. De positiva affekterna är bundna till miljön, den sociala kontakten och ett aktivt intresse för världen. På det sättet ser vi en tydlig korrelation mellan aktivitet och välmående. Nya och varierande upplevelser, upplevelser som kan kopplas till lek och en upplevelse av

“flow” anses också vara starkt kopplade till välmående. Dåliga färdigheter och låga utmaningar anses leda till apati, dåliga färdigheter och höga utmaningar i sin tur till ångest, hög färdighet och låga utmaningar till tristess, medan en hög färdighet och höga utmaningar leder till den optimala upplevelsen. Välmående är alltså kopplat till hur individen kan på ett tillfredställande sätt engagera sig i omvärlden. Det här leder till en helt ny utmaning när det handlar om personer med demens, vars förmågor är ytterst begränsade och dessutom stadigt försämras. För att kunna erbjuda en person med demens välmående måste vi kunna försä världens hon eller han lever i, och ha en förståelse för förhållandet mellan personen med demens och egenvårdaren. (Perrin & May 2003 s. 27-28)

Det är och skall vara ett realistiskt mål att bibehålla en hög livskvalitet även på äldre dagar. En god ålderdom har definierats som att åldras med god hälsa, styrka och livslust. Man kan säga att en god ålderdom karaktäriseras av en låg risk att insjukna i sjukdom och få nedsättningar på grund av sjukdom, hög mental och fysisk förmåga och ett aktivt liv. Motsatsen skulle vara det så kallade normala åldrandet, då individen fortfarande kan fungera självständigt, men lider av en förhöjd risk att insjukna i sjukdom och drabbas av olika nedsättningar. (Carlson et al 1998 s. 108)

Trots att majoriteten av äldre anses höra till gruppen som karaktäriseras av det så kallade normala åldrandet, så anser man att man med rätt åtgärder kunde trygga de flesta en så kallad god ålderdom. Man har t.o.m kunnat påvisa en nästan shockerande hög kompetens hos personer av extremt hög ålder. T.o.m vid en ålder av hundra år kan personer visa på en ytterst hög förmåga när det gäller kognitiva och fysiska förmågor, uthållighet, öga – hand koordination, sociala färdigheter, kreativitet och visdom. Viktigt är också att komma ihåg att egenskaperna hos den äldre befolkningen varierar precis som hos yngre när det gäller finaser, socialt liv, hälsa och aktivitet. Många gånger tenderar vi att se på den åldrande befolkningen som en väldigt heterogen grupp. (Carlson et al 1998 s. 108)

Många begränsningar som kopplas till ålderdomen anser man i dag att är möjliga att undvika med bl.a. rätt kost, motion och kognitiv stimulans. Åldrandet är en kombination av biologiska, psykologiska och miljöbetingade faktorer. Det betyder även att i.o.m. att den äldres situation är beroende av så många variabler, så ger det även en styrka att

överkomma olika motgångar ifall åtminstone någon av dessa faktorer är bra. Man bör även komma ihåg att den äldre har ett långt och händelserikt förflutet som långt styr den person den är i dag. (Carlson et al 1998 s. 108)

På äldre dagar är det viktigt att fokusera på att öka sociala kontakter, delta i meningsfulla aktiviteter och styrka sin självständighet. (Tollén et al 2008 s. 133) Känslan av uppgivenhet och upplevelsen av att ha förlorat något, då man går över från att ha levt ett aktivt liv till det begränsade liv som ålderdomen många gånger erbjuder, ger en känsla av tomhet och har direkt inverkan på upplevelsen av meningsfullhet och livslusten. Det är viktigt att se till att man håller sig alert, socialt aktiv och engagerar sig i olika aktiviteter för att trygga en hög livskvalitet. Många gånger handlar det också om att vara självständig. Självständighet innebär helt enkelt möjligheten att själv kunna ta beslut om vilka aktiviteter man vill ägna sig åt och när, utan att behöva vara beroende av en annan eller en annans tidtabell. (Tollén et al 2008 s. 140-142)

Man har undersökt livskvaliteten hos krigsinvalider i Finland och kommit underfund med att de aktiviteter som direkt underbygger en hög livskvalitet är att gå ut, läsa tidningen, samtala, pyssla och göra hushållsgöror tillsammans, att ha stöd och sällskap vid aktiviteter utanför hemmet så som läkarbesök och organiserandet av hjälpmedel. Det som även var viktigt för en kontinuerlig och välfungerande rehabilitering var möjligheten till att utföra olika övningar självständigt hemma.

(Leinonen et al 2009 s. 1560-1561)

Om man utgår ifrån att alla dessa faktorer påverkar livets sista år, så går det också att konstatera att det finns stora möjligheter att inverka så att ålderdomen kunde präglas av god hälsa, ett aktivt liv, meningsfullhet och tilfredsställelse. En av de viktigaste faktorerna för en god ålderdom anses vara upplevelsen av att själv vara i kontroll över sitt liv. Det är även viktigt att kunna ha hälsosamma rutiner och uppleva en kontinuitet från sitt tidigare liv. Att vara i kontroll över sitt liv är starkt knutet till en god hälsa, psykiskt välmående och livstillfredsställelse. Man har kunnat visa att förmågan att kunna vara i kontroll av och påverka sitt eget liv gör att man lever flera år längre. (Carlson et al 1998 s. 109)

Man kan ha så kallad primär eller sekundär kontroll. Den primära kontrollen innebär hur man direkt påverkar den yttre miljön, medan sekundär kontroll innebär den inre responsen på en pågående situation. Den sekundära kontrollen ger alltså den äldre personen en möjlighet att maximera sina möjligheter genom att kontrollera den inre responsen på möjliga förhinder. Det här genom att välja en egen nisch, optimera möjligheterna att fungera inom ett specifikt område genom övning och lära sig olika sätt att kompensera för förlorade färdigheter. (Carlson et al 1998 s. 109)

En undersökning som man har gjort i ett gruppboende, där man undersökt livskvaliteten hos de som flyttar in och hur den förändrats efter en tid på boendet, understryker också vikten av aktivitet. Den visar att aktiviteter som hjälper individen att bibehålla olika roller ger en högre upplevelse av livskvalitet än vad specifikt kunnande av en viss aktivitet ger. Kommunikation, relationen till andra personer i ens omgivning och möjligheten till att uttrycka sig själv nämns som faktorer som är direkt bundna till livskvaliteten. (Funaki et al 2005 s. 7-8)

Att kunna anpassa sig till en ny livssituation anses avgörande för bibehållandet av en god livskvalitet, och kallas adaption inom ergoterapi. Det är en av grundtermerna för såväl ergoterapi som aktivitetsvetenskapen. Det handlar om allt från att utveckla olika förmågor, använda sig av hjälpmedel, hitta en balans emellan olika aktiviteter, anpassning av aktiviteter och sociokulturella faktorer. I grund och botten handlar det dock om att kunna förändra en faktor eller ett beteende för att anpassa sig till en ny situation. Vissa talar om en förbättring av samverkan mellan miljö och individ. Det handlar också om tron på att människan behöver kunna ha meningsfulla aktiviteter för bibehålla en mental och fysisk hälsa, och via adaption ökar möjligheten till att kunna utföra meningsfulla aktiviteter, vilket i sin tur underbygger överlevnad och självförverkligande. Grundläggande för livskvaliteten är alltså möjligheten till såväl adaption som kontroll. (Lentin 2006 s. 153-154)

En av de mest avgörande färdigheterna för att uppleva att man har kontroll över sitt eget liv är att kunna bemästra aktiviteter i det dagliga livet. Att kunna ägna sig åt produktiva aktiviteter, hobbyer, andliga aktiviteter och att kunna ta hand om sitt yttre har visat sig vara tätt sammankopplat med kriterierna för en god ålderdom. En stor del av det goda åldrandet handlar om att kontinuerligt anpassa livet efter olika omständigheter. T.ex. är

det viktigt att ägna sig åt aktiviteter som gör en på gott humör, aktivt upphålla ett socialt liv, fortsätta utföra produktiva aktiviteter, motionera regelbundet och leva hälsosamt och utmana sig själv med olika former av kognitivt krävande uppgifter. På så sätt motarbetar man även uppfattningen om ålderdomen som en patologisk reaktion på ett oundvikligt förfall av individen, och kan se på åldrandet som en ytterst kontrollerbar del av livet som är beroende av ett gott samspel mellan olika faktorer.

(Carlson et al 1998 s. 109-110)

Som jag nämnde tidigare anses även en kontinuitet till ens tidigare liv vara avgörande för en god ålderdom. Det innebär att livet på äldre dagar ska vara av en sådan natur att det motsvarar individens karaktär, t.ex. oberoende hur viktigt det är att motionera som äldre, som kan det stjälpas mer än det hjälper att påtvinga ett aktivt fysiskt liv på någon som alltid varit mer av en stillasittare. Detta för att det gör att personen kanske inte längre känner sig som sig själv, och på så sätt även upplever en känsla av förlorad kontroll över sitt liv. (Carlson et al 1998 s. 109-110)

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med arbetet var att sammanställa en forskningsöversikt över ergoterapins roll i rehabiliteringen av äldre med demens, för att ge Sibbo ett lättöversiktligt material som underlättar beslutsfattandet när det gäller att ta ställning till en ny ergoterapitjänst i Sibbo.

4.1 Problemprecisering

Forskningsöversikten är inte begränsad till Sibbo, utan kan användas av vem som helst som vill bekanta sig med utbudet av forskningsartiklar och deras innehåll när det gäller ergoterapi för äldre med demenssjukdomar, med fokus på livskvalitet.

Målet med den här studien var att ta reda på hur ergoterapi används i rehabiliteringen av äldre med demenssjukdomar, och vilka effekter terapin har på livskvaliteten. Studien är en kvalitativ innehållsanalys där data undersökts från olika forskningar som gjorts på området. Strukturen för frågeställningen gjorde enligt Willman et al (2006 s. 58) och såg ut enligt följande: Undersökningsgrupp (population): äldre med demenssjukdomar, åtgärd (metod/intervention) ergoterapi, resultat (outcome): inverkan på livskvalitet.

För att forskningsfrågan skulle vara kort, koncis, specifik och tydligt uttala en relation mellan en eller flera variabler så koncentrerades den till en specifik grupp inom rehabiliteringen, äldre som lider av demenssjukdomar, och ergoterapins roll i rehabiliteringen av denna klientgrupp. Genom att forskningsfrågan gjordes så enkel och konkret som möjligt, försäkrades möjligheten för den att den genomsyra hela forskningöversikten, och att undersökningen kunde äggas upp med målsättningen att finna ett tillfredsställande svar på frågan. (Forsberg & Wengström 2008 s. 55) De områden som granskades var faktorer inom ergoterapi som inverkar på livskvaliteten hos äldre med demens.

Forskningsfrågor:

- Vilken är ergoterapins roll när det gäller rehabiliteringen av äldre med demens?
- Vilka är de centrala faktorerna när det gäller livskvalitet hos äldre med demens?
- Vilken är ergoterapins roll när det gäller livskvaliteten hos äldre med demens?

5 METOD

Artiklar som behandlar ergoterapiarbetet när det gäller rehabiliteringen av äldre med demens, och personer med demens och livskvalitet, har sammanställts i en systematisk litteraturstudie i form av en forskningsöversikt. Avsikten forskningsöversikten är att presentera en tydlig sammanställning av forskningar gjorda inom området, för att kunna fungera som material då Sibbo kommun tar beslut gällande vikten av att kunna ha en till ergoterapitjänst, och på så sätt säkra ergoterapi för personer med demenssjukdomar. För strukturen användes Forsberg & Wengströms (2008 s. 29) riktlinjer för en forskningsöversikt.

Genom forskningsöversikten beskrivs det rådande kunskapsläget när det gäller ergoterapi för personer med demenssjukdomar. För att kunna säkra kvaliteten har specificerandet av syftet ägnats mycket tid, och likaså förhandsgranskningen av tillgängligt material. Litteratursökningen och urvalskriterierna är genomförligt dokumenterade och beskrivna. Samma gäller litteraturanalysen och analys av resultat och rekommendationer.

5.1 Datainsamling

De vetenskapliga tidskriftsartiklarna är kritiskt granskad av experter inom forskningsområdet och har på så sätt en hög tillförlitlighet. Endast forskningar som är direkt kopplade till ergoterapi har inkluderats i.o.m. att syftet med forskningsöversikten är att presentera ergoterapiens roll i rehabiliteringen av äldre med demens. Detta enligt Forsberg & Wengströms (2008 s. 62) riktlinjer för en forskningsöversikt. På så har fokus legat på de artiklar som är mest relevanta för frågeställningen.

Ett granskningsprotokoll har använts för att se över forskningens kvalitet. Övergripande krav för att säkra forskningsöversiktens kvalitet var att se efter syfte, resultat och resultatens giltighet

Resultaten sökorden gav dokumenterades i en tabell med träffar, kvalitet, typ av studie och beskrivning. För att noggrannt granska de enskilda artiklarnas kvalitet användes Forsberg och Wengströms checklistor (2008 s. 194-210) för olika typers forskning (se bilaga 1-4). Kvalitetsgranskningen för varje artikel presenteras i tabellform för att göra den överskådlig (se bilaga 5). Efter en sammanvägning av de olika kvalitetskriterierna graderades studierna enligt bevisvärde enligt följande: starkt bevisvärde (1), måttligt bevisvärde (2) och lågt bevisvärde (3). Kravet var att de åtminstone skulle uppfylla ett måttligt bevisvärde. Avgörande för ett högt bevisvärde när det gällde kvantitativa studier var att det fanns en hög intern validitet, reliabilitet och extern validitet. (Forsberg & Wengström 2008 s.122-125)

Modell för kvalitetskriterier för randomiserade kontrollerade studier:

Hög kvalitet (1)	(2)	Låg kvalitet (3)
<i>Randomiserad kontrollerad studie Större, väl genomförd multicenterstudie med tydlig beskrivning av studieprotokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Patientmaterialet tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.</i>	---	<i>Randomiserad kontrollerad studie</i> Randomiserad kontrollerad studie med för få patienter och /eller för många interventioner, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfällig materialbeskrivning, stort bortfall av patienter.

(Forsberg & Wengström 2008 s. 124)

I granskningen av de kvalitativa forskningarnas kvalitet låg fokus på analysmetod, beskrivning och ifall andra studier understöder resultaten.

(Forsberg & Wengström 2008 s. 156)

Databaserna ProQuest Central, Medic, PubMed och OvidMed användes för artikelsökning. För att försäkra forskningsartiklarnas relevans användes de regler Willman et al

(2006 s. 88-99) ger för granskningen. Studiens syfte och frågeställningar, design, urval, eventuella mätinstrument, analys, tolkning och utgivningsår granskades i första hand.

För att sökningen skulle vara så heltäckande som möjligt användes de riktlinjer Willman et al (2006 s. 88-99) listar för en välgenomförd sökning. Sökorden var "occupational therapy" (ergoterapi, arbetsterapi, toimintaterapia), "dementia" (demens), "quality of life" (livskvalitet). Sökorden begränsades inte till titeln. Sökord och dess definitioner har kontrollerats i de olika databaserna.

Riktlinjerna för inklusion- och exklusionskriterierna bygger på de krav Willman et al (2006 s. 88-99) ställer på en systematisklitteraturstudie.

Inklusionskriterier: artiklar som publicerats efter år 2000 i.o.m. ergoterapins snabba utveckling och paradigmskifte. Från och med början av 2000-talet har ergoterapi trätt in i ett nytt paradigm där den ursprungliga värderingen av det holistiska förhållningssättet till människan, och man har övergått från den reduktionistiska och mekanistiska strukturen till ett mera tidsenligt tänkesätt. (Kielhofner 2004 s. 57).

De valda artiklarna hade även en direkt koppling till ergoterapi, behandlade en undersökningsgrupp som led av någon demenssjukdom och en forskningsfråga som behandlade deras upplevelser, meningsfullhet, aktivitet eller livskvalitet.

Exklusionskriterier: artiklar som fokuserade psykiska sjukdomar, sjukdomar relaterade till stroke eller neurologiska sjukdomar hos äldre, artiklar som inriktade sig på vård istället för rehabilitering eller bedömde kvaliteten av vård, jämförelsestudier av terapeutens och egenvårdarens upplevelser, forskning med fokus på egenvårdare, äldre utan demens eller unga med demens, rapporter från seminarier eller på hur man avläser data/använder sig av mätmetoder, artiklar som endast behandlade annan terapi än ergoterapi och ekonomiska utvärderingar och rapporter.

Databas	Funna	Abstrakt lästa	Valda
ProQuest Central	507	16	10
Medic	5	1	0
PubMed	38	3	1
Ovid Medline	3	0	0
Totalt	552	20	11

Valda artiklar

Författare/år/land	Titel	Metod	Syfte	Resultat	K
Baker et al/2001/ Storbritannien	A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia	Randomiserad kontrollerad studie	Jämföra MSS med enkla aktiviteter för att se effekten på beteende, humör och kunskap.	Båda grupperna blev mer uppmärksamma, spontana, sociala, gladare och tog mera initiativ, och i aktivitetsgruppen ökade talförmågan.	1
Chung, Jenny/ 2004/USA	Activity Participation and Well-being of People With Dementia in Long-Term-Care Settings	Kvasi-experimentell studie	Undersöker aktiviteter som personer med demens ägnar sig åt på ett boende och invånarnas välmående.	Stor skillnad mellan de olika kontrollgrupperna. Låg aktivitet leder till dåligt välmående.	1
Clare et al/2010/USA	Goal-Oriented Cognitive Rehabilitation for People With Early-Stage Alzheimer Disease: A Single-Blind Randomized Controlled Trial of Clinical Efficacy	Randomiserad kontrollerad studie	Att finna evidens för den kliniska effekten av kognitiv rehabilitering i ett tidigt stadium av Alzheimers sjukdom.	Kognitiv rehabilitering inverkar positivt på personer med begynnande Alzheimers sjukdom.	1
Gitlin et al. /2010/Storbritannien	A Biobehavioral Home-Based Intervention and the Well-being of Patients With Dementia and Their Caregivers	Randomiserad kontrollerad studie	Undersöker icke-medicinska interventioner och dess inverkan på kapaciteten hos personer med demens.	Interventionsgruppen visade mindre funktionellt beroende och mindre verande i instrumentella aktiviteter efter interventionen.	1
Graff et al/2007/ Storbritannien	Effects on Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial	Randomiserad kontrollerad studie	Att avgöra vilken inverkan ergoterapi har på livskvaliteten hos personer med demens och deras egenvårdare	Ergoterapi inverkar direkt på livskvaliteten hos äldre med demens	1

Hogan et al /2008/Kanada	Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia	En systematisk litteraturstudie	Att utforma en guide kring vilka icke-medicinska och medicinska åtgärder som har effekt i behandlingen av demens.	En kombination av motion och möjlig medicinering rekommenderas för mild till medelsvår demens, när det gäller milda problem med humöret och beteendet rekommenderas icke-medicinska åtgärder i första hand.	1
Kolanowski & al. 2001/USA	Capturing interests: Therapeutic recreation activities for persons with dementia	Randomiserad kontrollerad studie	Undersöker hur aktiviteter som tar personlighet och kunskapsnivå i beaktande inverkar på negativa beteenden hos personer med demens	Minskat negativt beteenden under behandlingen.	1
Riley-Doucet & al.	Use of Multi-sensory Environments in the Home for People with Dementia	Observation, intervju	Att undersöka möjligheten och effekten av att använda multi-sensoriska miljöer i hemmet för personer med demens.	MSE gjorde det lättare för personerna att slappna av, uppmärksamma miljön omkring dem och kommunicera med familjen	1
Spector et al /2003/Kanada	Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia	Randomiserad kontrollerad studie	Att testa hypotesen att kognitiv stimuleringsterapi för äldre med demens höjer kognitiva förmågor och livskvalitet	Gruppen som fick kognitiv stimuleringsterapi visade på en avsevärd positiv skillnad i kognition och livskvalitet.	1
Wood & al./ 2009/ USA	Dying of Boredom: An Exploratory Case Study of Time Use, Apparent Effect, and Routine Activity Situations on Two Alzheimer's Special Care Units	Fallstudie	Att undersöka relationen mellan rutinaktiviteter på två avdelningar för personer med Alzheimers sjukdom och två indikatorer för livskvalitet på boende: daglig tidsanvändning och emotionellt välmående..	Måltider, ADL, fritid och delaktighet var kopplat till livskvalitet, medan pressen av aktivitetesgrupper och tv-tittande inte påverkade livskvaliteten positivt. Ändå tar de aktiviteter som inte höjer livskvaliteten upp en stor del av deltagarnas vardag.	1
Öhman & Nygård/2005/Sverige	Meaning and Motives for Engagement in Self-Chosen Daily Life Occupations Among Individuals With Alzheimer's Disease	Intervju, observation	Att undersöka och beskriva mening och motivation av självvalda vardagliga aktiviteter bland personer med Alzheimers sjukdom.	Viktigt att kunna förstå en bekant vardag, bevara en personlighet, uttrycka sig, vara självständig och vara aktiv	1

5.2 Analysmetod

Metoden för analys var kvalitativ innehållsanalys. P.g.a. karaktären av det här arbetet var det lämpligast att göra en kvalitativ innehållsanalys, i.o.m. att förståelsen och förmågan att sätta sig in i den enskilda individens upplevelser och situation är ytterst viktigt när man talar om livskvalitet. Målet med analysen var att identifiera teman och mönster som var kopplade till livskvaliteten och faktorer som inverkar på livskvaliteten hos äldre med demenssjukdomar. Strukturen för innehållsanalysen är baserad på Tuomi & Arajärvis (2002 s. 94) regler för en innehållsanalys.

Det som var intressant i det granskade materialet var allt som berörde rehabiliteringen av äldre med demens och faktorer som inverkar på livskvaliteten. Återkommande teman visade sig vara meningsfullhet, delaktighet, roller, aktivitet, självständighet, sociala kontakter, hjälpmedel och den omkringliggande miljön. När dessa teman var utmärkta i de granskade artiklarna gjordes ett sammandrag av resultaten. Efter det förenklades, grupperades och kategoriserades materialet, som sedan presenterades i underrubriker enligt återkommande teman.

5.3 Etiska reflektioner

I en innehållsanalys finns det en möjlighet till feltolkningar p.g.a. en viss förförståelse. Enligt Thurén (1991 s. 45-53) kan vi aldrig vara säkra på att vi tolkat en människa och hennes upplevelser rätt. När det kommer till begrepp som livskvalitet finns det en möjlighet att det betyder olika för olika personer. En väldigt specifik definition av livskvalitet valdes, som bygger på idén om adaption, för att kunna säkra en viss objektivitet i forskningsöversikten. Valet föll också på att endast granska forskningsartiklar för att försäkra en hög standard på forskningarna.

En vanlig utmaning i de flesta forskningar är att frigöra sig från sina egna värderingar. Det är självklart att då man skriver om något man tror på, och som ligger nära ens hjärta, så har man lätt en tendens att vilja se saker ur ett perspektiv som gynnar de egna värderingarna. (Thurén 1991 s.41-41) Man kan ju tänka sig att man inte blir ergoterapeut

om man inte tror på ergoterapins verkan, och då är det också lätt hänt att man blir blind i sin egen tro på hur en lämplig rehabilitering skall se ut. Författaren har en personlig tro på nyttan av ergoterapi det som drivkraft och intresse för forskningsöversikten, men det får inte påverka slutresultatet.

Det måste finnas noggrannhet i att inkludera alla forskningar som motsvarar inklusionskriterierna, även de som kanske inte understöder vikten av ergoterapi med äldre som lider av demenssjukdomar. På så sätt används författarens värderingar som en positiv drivkraft, samtidigt som det krävs objektivitet analys när det gäller och val av material. (Forsberg & Wengström 2008 s.80-91)

En annan aspekt som man måste ta i beaktande då man gör litteraturstudier är hur man återger data. Fusk och ohederlighet när det kommer till litteraturstudier beskrivs bl.a. som avsiktlig förvrängning av forskningsprocessen, stöld eller plagiat av data och fabriker av data. Enkaste sättet att påvisa att man handlat hederligt är att ha en noggrant beskriven forskningsprocess som är lätt för en utomstående att kontrollera. (Forsberg & Wengström 2008 s.77)

6 RESULTAT

Återkommande teman i innehållsanalysen av de valda artiklarna, och koppling till forskningsfrågorna.

6.1 Centrala faktorer som inverkar på livskvaliteten hos äldre med demens

Det som enligt undersökningar visat sig vara det viktigaste när det gäller personer med demens är att kunna bevara någon form av kontinuitet i vardagen, meningsfullhet och ägna sig åt aktiviteter som fortlöpande är möjliga att utföra. Man bör minnas att dessa personer inte är, som man ofta tror, styrda av sin miljö, utan att även de försöker, precis som tidigare i livet, själva kunna kontrollera miljön omkring dem.

(Wood et al 2009 s. 8)

6.1.1 Passivitet – inte en automatisk följd av demens

Man har kunnat visa att passivitet inte är en följd av demens, utan snarare något som uppstår i miljön. I fall då personer med demens har möjlighet och frihet att röra sig trygg så söker de aktivitet eller t.o.m. kontakt med andra, bara genom att vandra omkring eller också genom att tala med personer i deras omgivning. Man har också kunnat visa att miljöer som inte understöder den bevarade kapaciteten av dessa individer avsevärt inverkar negativt på livskvaliteten, en man uttryckte att han ”håller på att dö av tristess” på en avdelning för personer med Alzheimers sjukdom. (Wood et al 2009 s. 8)

Många väljer att sova dagarna långa då det inte finns något annat att göra. Att sova eller slumra kan i sig vara en trevlig upplevelse för personer med demens, men på vissa avdelningar uppgår tiden för sömn till över 40 % av deras dagstid. Miljöer med såväl fysisk som social stimuli tros ha en direkt koppling till livskvaliteten, både på ont och gott. T.ex. måltider ger en möjlighet till att vara social samtidigt som de uppmuntrar till motorisk rörelse, medan att sitta och se på tv endast visat sig överväldiga invånarna och

göra dem passiva. På samma sätt har radio och musik visat sig göra att de flesta somnar. (Wood et al 2009 s. 8)

6.1.2 Personalens ansvar

Det verkar som att personalen ofta lägger märke till aktiviteterna som invånarna på demensboenden ägnar sig åt, men ändå inte uppfattar vikten av dessa. I vissa fall har man t.o.m. observerat personal som aktivt förbjudit diskussion vid måltider, för att lägga fokus på näringsintaget. Måltider kan dock vara en viktig tid för att bevara sin identitet, att be, ha roligt, ritualer, att ägna sig åt sociala kontakter, att fira, att dela minnen och ge en känsla av samhörighet. Man har också kunnat konstatera att den sociala interaktionen är betydligt livligare under måltider än under aktivitetsgrupper. (Wood et al 2009 s. 11)

I många fall tolkas även uttryck av behov som patologiskt beteende. Som exempel nämns en man som önskade att få ta promenader om natten, blev arg på låsta dörrar och upplevde sig ensam. Detta kan ses som naturliga mänskliga behov om man tillåter sig att se på personen med empati och optimism. I det här fallet kunde det ha räckt med att ha en trygg terrass som var tillgänglig på natten för att möta den här mannens önskemål. (Wood et al 2009 s. 11)

Även andra undersökningar visar på att demensavdelningar ofta erbjuder för litet stimulering åt sina invånare, och att det leder till sinnesdeprivering. Man har kunnat iaktta hur dessa människor drar sig in i sin egen värld. Man har också kunnat konstatera att multisensorisk stimulering går att använda med personer med demens oberoende på vilken kognitiv nivå de är, och studier har visat att multisensorisk stimulering inverkar positivt på deras livskvalitet. (Baker et al 2001 s. 2)

6.1.3 Multisensorisk stimulering

Man har kunnat konstatera att multisensorisk stimulering erbjuder personer med demens en form av njutning, i.o.m. att man kunnat se att de orkar hålla sig lugna och observera olika stimuli under de multisensoriska tillfällena. (Baker et al 2001 s. 2)

Multisensoriska miljöer, d.v.s. visuellt, auditivt, taktilt och luktmässigt stimulerande miljöer, enligt Snoezelen-metoden hjälper personer med demens att slappna av, uppföra

sig bättre, bli på bättre humör, komma bort från sin ilska och att minnas saker. I ett försök att införa multisensorisk stimulering i hemmet så kom en av deltagarna plötsligt ihåg namnet på en anhörig som hon inte minnats på ett år, och en annan kunde första gången på länge identifiera människor på ett fotografi. (Riley-Doucet et al 2009 s. 5)

Då man infört multisensorisk stimulering och aktivitetsgrupper i arbetet med människor med demens har det visat sig att det direkt har resulterat i att de talar mer spontant, relaterar bättre till andra, tar mera initiativ, är mindre inaktiva p.g.a. tristess och är gladare, aktivare och alertare. Speciellt aktivitetsgrupper har visat sig inverka positivt på talförmågan. De här positiva effekterna har även varat i hemmiljön. Däremot har effekterna avtagit då de multisensoriska och aktivitetstillfällena avbrutits.

(Baker et al 2001 s. 2)

En av egenvårdarna uppgav under i en undersökning gällande multisensorisk stimulering att det, genom att uppleva att den sjuka fortfarande kände och upplevde sin omgivning, var lättare att identifiera sig med personen i fråga istället för att bara se honom eller henne som ett jobb. En annan egenvårdare sa att se reaktionerna hos personerna med demens ingav hopp för framtiden. (Riley-Doucet et al 2009 s. 6)

Det gäller dock att vara noggrann med vilken form av stimulering man ger, ibland kunde reaktionen också vara aggressiv ifall stimuleringen gav upphov till stress. Ett annat problem med multisensorisk stimulering har visat sig vara att det inte heller ger någon avlastning för egenvårdaren, som många hade hoppats på. (Riley-Doucet et al 2009 s. 6)

Den största fördelen är dock man kunnat se hos personerna med demens är att de upplever en form av tillfredsställelse av multisensorisk stimulering, och att de börjar uppmärksamma sin omgivning på ett nytt sätt. (Riley-Doucet et al 2009 s. 6)

6.1.4 Aktiviteter för att bevara livskvalitet

En annan studie visar på att äta och dricka hör till en av de viktigaste dagliga aktiviteterna. Att äta ger både tillfredsställelse och uppfyller mänskliga basbehov, samtidigt som måltiderna ger en möjlighet till social interaktion. Att klä sig själv och sköta sitt yttre visade sig också vara ytterst viktigt. Dessa aktiviteter är bekanta och uppfyller behovet av självbevarande. Den här studien visade att rekreations-, terapi- och fritidsprogram som ofta ordnas på boende inte är av samma värde som att äta och sköta sitt yttre, i.o.m.

att dessa aktiviteter kan kännas obekanta. Dylika aktiviteter kan vara av nytta, men då måste de vara planerade av professionella personer som känner till behoven hos invånarna. (Chung et al 2004 s. 13)

Negativa beteenden så som skrikande, rastlöst gående och aggression förekommer hos över hälften av personer med demens. Dessa beteenden signalerar ofta obemötta behov och uppkommer ofta då personen är uttråkad. Rekreatiönsaktiviteter kan hjälpa att åtgärda den här typen av beteenden. På många boenden planerar man samma aktiviteter för alla, utan att ta de individuella behoven i beaktande. Istället borde man kunna planera aktiviteter som möter individuella intressen och färdigheter. (Kolanowski et al 2001 s.1)

Något kan klassas som ett personligt intresse när det fångar och leder uppmärksamhet, väcker känslor och innefattar en aktivitet. (Kolanowski et al 2001 s.2) Även om intressen kan ändra över tiden, är det viktigt att ta hänsyn till individens personlighet för att planera lämpliga aktiviteter. Det är t.ex. viktigt att känna till en så enkel sak som om detta är en inbunden eller utåtriktad person, eftersom den typen av personlighetsdrag är relativt stabila genom hela livet. Det innebär också att typen av intressen inte ändras trots att en person insjuknar i demens. (Kolanowski et al 2001 s.3)

En kvalitativ undersökning på en grupp personer med Alzheimers sjukdom som bor hemma visar att genom att identifiera och stöda meningsfulla och värdefulla aktiviteter i det dagliga livet kan man bidra till välmåendet hos dessa individer. (Öhman & Nygård 2005 s.1) Aktiviteter i det dagliga livet ger vardagen innehåll och struktur, och en upplevelse av att kunna fortsätta livet som vanligt trots sjukdomen. Dessa aktiviteter ger en bekräftelse på att saker och ting trots allt inte är så illa. Man bör dock komma ihåg att dessa rutiner och dess värde är olika för olika individer. En person som deltog i undersökningen strävade efter att kunna uppehålla en spontanitet och flexibilitet som hon alltid haft i livet, medan en annan upplevde det viktigt att utföra rutinmässiga aktiviteter varje dag med sin fru, för att det gjorde att vardagen kändes normal. Dessa aktiviteter hjälpte deltagarna att upprätthålla upplevelsen av att vara en person i ett sammanhang, och också en bidragande part i vardagen. (Öhman & Nygård 2005 s. 5) Deltagarna hade en tro på sin egen förmåga och strävade efter att få bevara sin självständighet. Främst

ville de undvika att bli beroende av andra. Via aktiviteterna kommunicerade även deltagarna vem de tidigare hade varit som personer. (Öhman & Nygård 2005 s. 6)

Vissa aktiviteter kunde t.o.m. fungera som det enda som deltagarna upplevde att höll dem vid liv. En man berättade att han ibland önskade att han inte ens skulle vakna upp på morgonen, men att köra bil gav honom den glädje han behövde för att orka leva. Många valde också att utföra aktiviteter för att upprätthålla sina färdigheter, och på så sätt uppleva att de hölls vid liv. Det som direkt inverkade på deltagarnas aktivitet var den omkringliggande miljön. det kunde gälla allt från ett specifikt hjälpmedel till en maka eller make som fanns till stöd och undsättning. (Öhman & Nygård 2005 s. 7)

6.1.5 Kognitiv stimulering och motion

Kognitiv simuleringsterapi har visat sig inverka positivt på livskvaliteten hos äldre med demens. Man tror att man genom kognitiv stimulering kunde förbättra de kognitiva färdigheterna, hjälpa deltagarna att kommunicera, arbeta mot nedsättningar, höja självförtroendet och öka det positiva tänkandet (Spector et al 2003 s. 4)

Kognitiv träning, kognitiv rehabilitering och miljöanpassningar kan också förbättra de kognitiva funktionerna hos personer med demenssjukdomar, eller i alla fall göra försämringsprocessen långsammare. Trots att det är bristfälligt med bevis för att den här sortens terapi är effektiv, visar en metaanalys gjord 2008 på att ergoterapi, som kombinerar miljöanpassningar, kompenserande strategier för klienten, träning av egenvårdaren till att använda sig av effektiv övervakning, problemlösning och copingmetoder för att bevara självständighet och social interaktion, en väsentlig förbättring i hur klienten fungerade i sitt dagliga liv och livskvaliteten visade sig stiga avsevärt, såväl hos klienten som egenvårdaren. (Hogan et al 2008 s. 2)

Genom kognitiv rehabilitering kommer man åt de personliga målen som är väsentliga för det dagliga livet, och på så sätt behandlar man verkliga aktiviteter som man använder sig av i vardagen, istället för att ägna sig åt abstrakta aktiviteter som är gjorda för att träna en specifik färdighet. På så sätt kan deltagaren lägga upp meningsfulla mål och det i sin tur förbättrar utförandet av aktiviteten och känslan av belåtenhet. (Clare et al 2010 s. 8)

I en undersökning jämförde man tre grupper av personer med ett tidigt skede av Alzheimers sjukdom, varav en fick kognitiv rehabilitering, en annan avslappningsterapi och en tredje ingen behandling alls. Den kognitiva rehabiliteringen innefattade praktiska hjälpmedel och strategier, övning i att uppehålla koncentration och uppmärksamhet och olika tekniker för stresshantering.. Efter rehabiliteringen visade kontrollgruppen som fick kognitiv rehabilitering en signifikant förbättring i utförande av målinriktade aktiviteter och tillfredsställelse. Resultaten understöder kognitiv rehabilitering under de tidiga skedet av Alzheimers sjukdom (Clare et al 2010 s. 1)

Starka bevis finns också för att rekommendera individuella motionsprogram för denna klientgrupp. Fördelarna med att hålla sig fysiskt aktiv är ökad styrka, bättre fysik och förbättringar i de kognitiva och funktionella egenskaperna. Ett enkelt motionsprogram, en timme två gånger i veckan, i kombination med medicinering, gör att klientens funktionella försämring blir betydligt långsammare. (Hogan et al 2008 s. 2)

6.2 Ergoterapins roll när det gäller bevarandet av livskvaliteten hos äldre med demens

Många undersökningar visar på att invånare på demensboende tillbringar en stor del av tid till att bara sitta stilla, antingen genom att stirra ut i tomta intet eller sova. Utmaningen är alltså att hjälpa och stöda dessa individer till ett aktivt liv, demens skall inte vara ett hinder för att delta i dagliga aktiviteter. Många gånger ser vårdare väldigt väl efter invånarna, men glömmer bort att ge möjligheten till aktivitet. Brist på aktivitet i sin tur är direkt kopplat till ökad nesättning. Om man istället väljer att arbeta med invånaren, så uppmuntras denne till att använda sig av sina återstående färdigheter. Genom att involvera personen med demens uppmärksammar man även personens individuella behov och psykosociala välmående. Kopplingen man funnit mellan välmående och delta-gande i meningsfulla aktiviteter är väldigt uppmuntrande. (Chung 2004 s. 13)

Lågt engagemang från personalens sida, som ökar passiviteten hos invånarna, har visat sig vara ett problem på många avdelningar. Personalen måste vara utbildad i att på rätt

sätt förstå och möta invånarnas behov av aktivitet, vilja, initiativ och kapacitet. För att de här önskemålen skall förstås och bemötas betonas behovet av att kunna ha ergoterapeuter och deras expertis i arbetet med äldre med demens. Ergoterapeuter kan såväl fungera direkt i arbetet med invånarna, som som mentorer, utbildare och konsulter. (Wood et al s. 9)

Ergoterapi fokuserar på att förbättra klientens förmåga att utföra aktiviteter i sitt dagliga liv, kunna fungera självständigt och fungera i sociala sammanhang, och även underlätta egenvårdarens börda. Genom att utbilda egenvårdaren tryggar man även klientens hälsa och livskvalitet. (Graff et al 2007 s. 1) Med att hjälpa egenvårdarna att förstå hur de kan stöda i aktiviteter, hemmets säkerhet och att underlätta stress, så optimerar de klientens fysiska hälsa och funktion, involvering i dagliga aktiviteter och bevarandet av livskvaliteten. (Gitlin & al. 2010 s.5) Problem med att fungera i vardagen har visat sig vara en vanlig orsak till försämrad livskvalitet hos klienten. Information och emotionellt stöd har å sin sida visat sig understöda livskvaliteten. Ergoterapi förbättrar även klientens humör och livskontroll. (Graff et al 2007 s. 1)

Eftersom ergoterapeuter känner till hur man analyserar och lägger upp aktiviteter enligt klienternas möjligheter och funktion, är det viktigt att de aktivt är med och planerar aktivitetsprogram på boenden för personer med demens. Ergoterapeuterna kan även utbildas annan personal i hur man kan erbjuda nöje via aktiviteter åt invånarna. T.ex. en vanlig aktivitet som att se på tv måste planeras noggrant för att fungera aktiverande för personer med demens. (Chung 2004 s. 13)

Randomiserade kontroller visar att redan efter sex veckor av ergoterapi med fokus på hjälpmedel som underlättar problem som uppkommit till följd av kognitiv försämring för personer med demens, och copingmetoder för egenvårdarna ledde till en avsevärd förbättring av livskvaliteten för såväl klienten som egenvårdaren. Hälsa och humör visade sig stiga hos såväl klienten som egenvårdaren som ett resultat av ergoterapi, och för egenvårdaren ökade även upplevelsen av kontroll över sitt liv. Ergoterapi borde enligt undersökningen förespråkas för såväl personer med demens som deras egenvårdare. (Graff et al s. 7)

Ergoterapeuter har kunskap att lära ut och bygga upp strategier för att planera och implementera aktiviteter som optimerar invånarnas intressen, kapacitet och deltagande. På det sättet kan de också direkt inverka på livskvaliteten hos invånarna. (Wood et al s. 10)

7 DISKUSSION

7.1 Resultatdiskussion

Undersökningarna visar alla på att ergoterapi har en direkt inverkan på livskvaliteten hos äldre med demens. Främst för att den kunskap som ergoterapeuter innehar hjälper personer med demens att trots sin sjukdom kunna vara aktiva i sin vardag och genom det bevara sin identitet, undvika frustration, känna kontinuitet, vara sociala och uppleva miljön omkring dem. Ändå nämns också nästan i varje undersökning att ergoterapeuter används väldigt litet i arbetet med och på boenden för människor med demenssjukdomar. Många undersökningar lyfter även fram vikten av ergoterapi också för egenvårda-
ren.

Det här är en grupp som p.g.a. sin sjukdom inte har möjlighet att kräva och uttala sina behov, och därför ligger ansvaret på oss att lyssna. Det att över hälften av den där klientgruppen visar tecken på aggressivitet, och att en stor del sover den tid då de borde vara vakna, borde redan ses som alarmerande. Ändå är det lätt att avfärda den formen av beteende som en del av sjukdomsbilden. Det betonar ytterligare att kommunikation är a och o. Man måste anstränga sig att hitta en kanal att nå dessa människor då orden inte längre finns. Men som undersökningarna visade, så finns mänskligheten och personligheten fortfarande kvar. Redan om man kunde tänka på dessa människor som medmänniskor, istället för sjuka individer i väntan på döden, kunde mycket säkert förbättras.

Det har konstaterats att rehabilitering är av nytta även i de sena skedena av demenssjukdomar, och att ergoterapeuter har den kunskap som behövs för att möta denna grups individuella behov och önskemål. Det behövs fler undersökningar som understöder det här, och främst av allt behövs det fler ergoterapeuter som jobbar med människor med demens, så att vi kan lära oss mer om deras möjligheter, snarare än att fokusera på deras nedsättningar och förhinder.

Sibbo vill erbjuda sina invånare bästa möjliga vård och möjlighet till rehabilitering, och även kunna trygga att alla kan vara aktiva och delaktiga i samhället så länge som möjligt. De framhåller också att människan skall bli sedd som ett subjekt och inte ett objekt,

och att kundorientering är centralt i deras framtidsvision. Samtidigt konstateras det att det finns ett allt större servicebehov hos den äldre befolkningen, och att man bör trygga de äldre en självständig ålderdom. (Räsänen et al 2008 s. 4) För att leva upp till de här orden så visar forskningen definitivt på att alla borde ha tillgång till ergoterapi.

Den vanligaste orsaken till att hamna in på långvarig anstaltvård bland personer med demens är en försämring av kognitiva förmågorna, problem med rörelseförmågan och balansen, fall i hemmet och att de anhöriga blir utmattade. (Heimonen & Voutilainen 2004 s. 101) I artiklarna framgår det att ergoterapi kan såväl förebygga dessa symtom, som att förbättra redan försämrade förmågor. I första hand verkar det ju som att vi skall jobba för att människor skall kunna bo kvar hemma, i.o.m. att det stöder en kontinuitet och bevarandet av den egna identiteten, som i sin tur visat sig höja livskvaliteten. Som det nämndes tidigare är dagens situation den att upp till hälften av alla som lider av demenssjukdomar vårdas på anstalt.

I andra hand är det, som det framgår i artiklarna, ytterst viktigt att också inrikta sig på anstaltvården och boenden. De skall inte vara dödens väntrum, utan även på de instanserna kan livskvaliteten bevaras med rätt aktiviteter.

Livskvaliteten kategoriserades tidigare som god hälsa, styrka och livslust. I artiklarna framgår det att ergoterapi, och framför allt aktivitet, fungerar uppbyggande på de här områdena. Med rätt åtgärder kan man m.a.o. trygga även personer med demens en god ålderdom. I dag verkar det vara relativt sällsynt att begreppen demenssjukdomar och en god ålderdom kopplas samman.

När det man talar om den goda ålderdomen talar man om sociala kontakter, meningsfulla aktiviteter, självständighet och kontroll över sitt eget liv. Det är de här punkterna vi också måste fokusera på när det gäller äldre som lider av demenssjukdomar.

För att uppmuntra till den sekundära kontrollen måste också möjligheten till en bevarad självständighet och självbestämmanderätt bevaras. Då människan själv får välja de aktiviteter som känns meningsfulla, enligt sin egen förmåga, och på så sätt kan återta sin sekundära kontroll, leder det också till en höjd livskvalitet och t.o.m. bevarandet av en mental och fysisk hälsa.

När det gäller adaption är det ju just det det handlar om när det kommer till aktiviteter för äldre med demens. Att tillåta såväl dem som sig själv se möjligheten till anpassade aktiviteter som bevarar den egna identiteten och ger upphov till välmående.

I aktivitetsvetenskapen talar man om att människan är som sannast till sin mänsklighet då hon utför en aktivitet. Varför skulle det inte även gälla människan som lider av en demenssjukdom? Det är även viktigt att komma ihåg det som nämndes tidigare både inom aktivitetsvetenskapen, och som framgick i artiklarna, att det är människan själv som bestämmer värdet kring sina företaganden. Därför visade också flera av undersökningarna på att man inte kan ha samma aktiviteter för alla, och inte heller tvinga på aktiviteter som objektivt kunde tänkas vara till nytta för personen i fråga.

Naturligtvis finns det begränsningar i såväl tid som pengar när det gäller all form av vård och rehabilitering och det är ofta utopiskt att tänka att man kunde optimera all rehabilitering till den bästa möjliga på alla plan. Det viktiga är ju dock att ändå försöka, att vara innovativ och hitta de vägar som vi kan trygga vår äldre befolkning en god ålderdom och en hög livskvalitet. Det som förenar alla artiklar i den här forskningen är tron på aktivitet. Om man kunde börja med att utgå ifrån aktiviteten, vad den är och vad den betyder för människan, kunde man säkert också så småningom trygga en allt högre livskvalitet för den här klientgrupp. När det gäller aktivitet är det ergoterapeuterna som bär på den främsta expertisen, och därför är det också dem vi skall konsultera när det gäller att optimera rehabiliteringen för äldre med demens.

7.2 Metoddiskussion

I en systematisk litteraturstudie blir det lätt endast ytskrap av ett vitt område. I den här översikten valdes medvetet att inrikta sig på ett så smalt område som möjligt för att kunna uppnå någon form av djupkunskap. Utmaningen i det är att hitta tillräckligt med litteratur.

De forskningar som gjorts på området är relativt likriktade, och många använder sig av samma metoder. Undersökningsgrupperna är ofta också koncentrerade till ett område vilket gör att resultaten kan bli litet missvisande.

Den bas som hittades för den här studien var dock relativt heltäckande i den mening att den tog upp många olika områden inom ergoterapin, och det fanns även många djupdyk i vad livskvalitet egentligen är och består av när det gäller äldre med demens. På det sättet kan den här studien ändå anses tillförlitlig när det gäller resultatet, åtminstone på basen av den forskning som finns att tillgå i dag.

Det är dock viktigt att komma ihåg att alla forskningar är gjorda av yrkesgrupper som understöder och tror på ergoterapins verkan. Det vore intressant att kunna få en motvikt med hjälp av kritiskt granskande artiklar. Trots det är dock de valda artiklarna alla granskade för möjlighet till bias, och på så sätt kan objektiviteten tryggas.

För att den här forskningen skulle vara biasfri så har litteratursökningen och kvalitetsgranskningen dokumenterats noggrannt. På så sätt kan man även försäkra att författaren inte medvetet lämnat bort någon artikel med information som motsätter sig de övriga undersökningarna.

I en såhär liten litteraturstudie är det svårt att komma fram till några nya resultat, men med tanke på att syftet var en uppläggning av den forskning som finns på området kring ergoterapi och demens, i förhållande till livskvalitet, så kan forskningen ändå anses viktig för ergoterapin och speciellt arbetet ute på fältet. Resultatet har delats in i underkategorier för att göra översikten så läsvänlig som möjligt. Tanken är att med en snabb överblick kunna uppfatta inom vilka områden ergoterapin kan användas och vara till nytta när det gäller arbetet med äldre med demens.

7.3 Framtida forskning

Det har inte gjorts så mycket forskning på det här området, och de flesta forskningar som gjorts är randomiserade kontrollerade studier. Det gjorde att materialet för den här studien förblev relativt smalt, och att det inte gick att komma över kritiska artiklar.

Många gånger är forsksningarna gjorda på en väldigt koncentrerad grupp, eller inriktade på endast en metod eller ett boende, vilket gör att resultaten är svåra att generalisera.

Däremot är väldigt många forskningar inom demens inriktade på livskvalitet, vilket tyder på att värderingarna håller på att utvecklas mot ett humanare håll. I många forskningar betonas vikten av att se äldre med demens som individer med personliga förhoppningar. Det som dock efterlyses är en större förståelse för personer med demens upplevelser och tankar. För tillfället mäts de flesta resultat enligt evidensbaserade mätinstrument, vilket ger klara riktlinjer, men begränsar möjligheten att sätta sig in i de berörda situation.

Överhuvudtaget vore det viktigt att gå mer och mer mot att koncentrera sig på rehabilitering och bevarandet av självständighet och funktionsförmåga hos äldre med demens. Detta, inte minst för att underlätta boenden och vården inom området, men också för att kunna säkra dessa människor en hög livskvalitet livet ut.

Ett önskemål vore för boenden och enheter att själva ta initiativet till dylika forskningar, och på sätt kunna trygga välmåendet och livskvaliteten bland sina egna invånare och klienter.

Ergoterapeuter måste också vara aktiva med att sprida sin kunskap och fungera som förespråkare för vikten av aktivitet i alla ålders- och klientgrupper. Det är viktigt att inte sitta och vänta på att attityder ändras, utan att själv, via sin yrkeskompetens aktivt arbeta för det.

KÄLLOR

Tryckta

Baker, Roger,; Bell, Steven,; Baker, Emma,; Gibson, Sarah,; & al. *A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. The British Journal of Clinical Psychology*. Nr.3, s. 81-96.

Carlson, Mike,; Clark, Florence,; Young, Brian. 1998. *Practical Contributions of Occupational Science to the Art of Successful Ageing: How to Sculpt a Meaningful Life in Older Adulthood. Journal of Occupational Science*, nr. 3, s. 107-118.

Chung, Jenny. 2004. *Activity Participation and Well-being of People With Dementia in Long-Term-Care Settings. OTJR*. Nr.1.

Clare, Linda,; Linden, David,; David E J,DPhil,; Woods, Robert T, MSc,; Whitaker, Rhiannon,; Evans, SuzannahJ, MSc; & al. 2010. *Goal-Oriented Cognitive Rehabilitation for People With Early-Stage Alzheimer Disease: A Single-Blind Randomized Controlled Trial of Clinical Efficacy. The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Nr. 10, s.928-939.

Erkinjuntti, Timo,; Rinne, Juha,;Soininen, Hilikka. 2010. *Muistisairaudet*. Borgå: WS Bookwell Oy, 685 s.

Forsberg, Christina & wengström, Yvonne. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2 uppl., Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur, 215 s.

Funaki, Yuka,;, Kaneko, Fumiko,; Okamura, Hitoshi. 2005. *Study on factors associated with changes in quality of life of demented elderly persons in group homes. Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, nr 12, s. 4-9

Gitlin, Laura N.,; Winter, Laraine,; Dennis, P. Marie,; Hodgson, Nancy,; Hauck, W. Walter. 2010. *A Biobehavioral Home-Based Intervention and the Well-being of Patients With Dementia and Their Caregivers. American Medical Association*. Nr.9, s. 983-991.

Graff, Maud J L; Vernooij-Dassen, Myrra J M; Thijssen, Marjolein; Dekker, Jost ; Hoefnagels, Willibrord H L; & al. 2007. *Effects on Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial. The Journals of Gerontology*. Nr.9.

Hogan, David B; Bailey, Peter; Black, Sandra; Carswell, Anne, Chertkow, Howard; & al. 2008. *Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. Canadian Medical Association*. Nr.10 s.1019-26

Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi. 2004. *Dementoituivan ihmisen kuntoutuksen lupaus*. Helsingfors: Tammi, 124 s.

Khan, Khalid S; Kunz, Regina; Kleijnen, Jos; Antes, Gerd. 2006. *Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine*. London: Royal Society of Medicine Press Ltd, 136 s.

Kielhofner, Gary. 2004. *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. 3 uppl.. Philadelphia: F. A. Davis Company, 281 S.

Kolanowski, Ann M; Buettner, Linda; Costa, Paul T, Jr; Litaker, Mark S. 2001. *Capturing interests: Therapeutic recreation activities for persons with dementia. Therapeutic Recreation Journal*. Nr.3, s.220-236.

Leinonen, Raija; Niemelä, Kristiina; Jokinen, Sari; Kangas, Inkeri; Laukkanen, Pia. 2009. *Kuntoutumisavustajan tuki parantaa iäkkäiden elämänlaatua. Duodecim* 2009;125. S. 1557-1565.

Lentin, Primrose. 2006. *Occupational Terminology. Journal of Occupational Science*, nr 2. s. 153-157.

- Perrin, Tessa & May, Hazel. 2003. *Wellbeing in Dementia – An Occupational Approach for Therapists and Carers*. 3 uppl., London: Churchill Livingstone, 163 s.
- Riley-Doucet, Cheryl. 2009. *Use of Multisensory Environments in the Home for People with Dementia*. *Journal of Gerontological Nursing*. Nr.5, s. 42-52.
- Spector, Aimee,; Thorgrimsen, Lene,; Woods, Bob,; Royan, Lindsey,; Davies, Steve,; Butterworth Margaret,; Orrell, Martin. 2003. *Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia*. *British Journal of Psychiatry*. s. 248-254.
- Wood, Wendy,; Womack, Jennifer,; Hoopr, Barbara. 2009. *Exploratory Case Study of Time Use, Apparent Effect, and Routine Activity Situations on Two Alzheimer's Special Care Units*. *The American Journal of Occupational Therapy*. Nr. 3, 337-350.
- Thurén, Torsten. 1991. *Vetenskapsteori för nybörjare*. 1 uppl., Stockholm: Runa Förlag Ab, 148 s.
- Tollén, Anita,; Fredriksson, Carin,; Kamwendo, Kitty. 2008. *Elderly Persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life*. *Wiley InterScience*, 15(3) s. 133-149.
- Townsend, Elizabeth,; Stanton, Sue,; Law, Mary,; Polatajko, Mary,; Baptiste, Sue,; Thompson-Franson, Tracey,; Kramer, Christine,; Swedlove, Fern,; Brintnell, Sharon,; Campanile, Loredana. 2002. *Enabling Occupation; An Occupational Therapy Perspective*. 2 uppl., Ontario: CAOT Publications ACE, 210 s.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 2 uppl., Helsingfors: Tammi, 159 s.
- Willman, Ania,; Stoltz, Peter,; Bahtsevani, Christel. 2006. *Evidensbaserad ovårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 172 s.

Zemke, Ruth & Florence, Clark. 1996. *Occupational Science; The Evolving Discipline*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 466 s.

Öhman, Annika & Nygård, Louise. 2005. *Meaning and Motives for Engagement in Self-Chosen Daily Life Occupations Among Individuals With Alzheimer's Disease*. OTJR. Nr. 3, s.89-97

Elektroniska

Räsänen, Helena.2008.*Sibbo kommuns äldrepolitiska program fram till år 2012*. Publicerad februari 2008. 26 s.

Tillgänglig:

http://www.sipoo.fi/easydata/customers/sipoo/files/2007_soster/Sibbo_kommuns_aldrepolitiska_program_2008.pdf. Hämtad 7.3 2010.

BILAGOR

Bilaga 1

Checklista för systematiska litteraturstudier

A. Syftet med studien

B. Litteraturval

I vilka databaser har studien genomförts?

Vilka sökord har används?

Har författaren gjort en heltäckande litteratursökning? Ja/Nej

Har författaren sökt efter icke publicerade forskningsresultat? Ja/Nej

Vilka var inklusionskriterierna för att ta med artiklar?

Vilka begränsningar har gjorts?

Är inkluderade studier kvalitetsbedömda?

C. Resultat

Hur många artiklar togs med?

Hur många artiklar togs bort?

Anges motivering för uteslutning av dessa?

Vilka var huvudresultaten?

Gjordes en metaanalys? Ja/Nej

Om ja, vilka resultat erhöles?

Vilka slutsatser drar författaren?

Instämmer du? Ja/Nej

Om nej, varför inte?

D. Värdering

Kan resultaten ha klinisk betydelse? Ja/Nej

Ska denna systematiska litteraturstudie inkluderas? Ja/Nej

Motivera varför eller varför inte!

(Forsberg & Wengström 2008 s. 194-196)

Bilaga 2

Checklista för kvantitativa artiklar- RCT (randomiserade kontrollerade studier)

A. Syftet med studien?

Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

Är designen lämplig utifrån syftet?

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

Vilka är exklusionskriterierna?

Är undersökningsgruppen representativ? Ja/Nej

Var genomfördes undersökningen?

När genomfördes undersökningen?

Är powerberäkning gjord? Ja/Nej

Vilket antal krävdes i varje grupp?

Vilket antal inkluderades i experimentgrupp (EG) respektive kontrollgrupp (KG)

EG=

KG=

Var gruppstorleken adekvat? Ja/Nej

C. Interventionen

Mål med interventionen?

Vad innehöll interventionen?

Vem genomförde interventionen?

Hur ofta gavs interventionen?

Hur behandlades kontrollgruppen?

D. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

Var reliabiliteten beräknad? Ja/Nej

Var validiteten diskuterad? Ja/Nej

E. Analys

Var demografiska data liknande i EG och KG? Ja/ Nej

Om nej, vilka skillnader fanns?

Hur stort var bortfallet?

Kan bortfallet accepteras?

Var den statistiska analysen lämplig? Ja/Nej

Om nej, varför inte?

Vilka var huvudresultaten?

Erhölls signifikanta skillnader mellan EG och KG? Ja/Nej

Om ja, vilka variabler?

Vilka slutsatser drar författaren?

Instämmer du? Ja/Nej

F. Värdering

Kan resultaten generaliseras till en annan population? Ja/Nej

Kan resultaten ha klinisk betydelse? Ja/Nej

Överväger nyttan av interventionen ev. risker? Ja/Nej

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien? Ja/Nej

Motivera varför eller varför inte!

(Forsberg & Wengström 2008 s. 197-201)

Bilaga 3

Checklista för kvantitativa artiklar – kvasiexperimentella studier

A. Syftet med studien

Är frågeställningen lämplig? Ja/Nej

Är designen lämplig utifrån syftet Ja/Nej

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

Vilka är exklusionskriterierna?

Vilken urvalsmetod användes?

☐ Randomiserat urval

☐ Obundet slumpmässigt urval

☐ Kvoturval

☐ Klusterurval

☐ Konsekutivt urval

☐ Ej angivet

Är undersökningsgruppen representativ? Ja/Nej

Var genomfördes undersökningen?

Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

C. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

Var reliabiliteten beräknad? Ja/Nej

Var validiteten diskuterad? Ja/Nej

D. Analys

Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna? Ja/Nej

Om nej, vilka skillnader fanns?

Hur stort var bortfallet?

Fanns en bortfallsanalys? Ja/Nej

Var den statistiska analysen lämplig? Ja/Nej

Om nej, varför inte?

Vilka var huvuresultaten?

Erhölls signifikanta skillnader? Ja/Nej

Om ja, vilka variabler?

Vilka slutsatser drar författaren?

Instämmer du? Ja/Nej

E. Värdering

Kan resultaten generaliseras till en annan population? Ja/Nej

Kan resultaten ha klinisk betydelse? Ja/Nej

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien? Ja/Nej

Motivera varför eller varför inte!

(Forsberg & Wengström 2008 s. 202-205)

Bilaga 4

Checklista för kvalitativa artiklar

A. Syftet med studien

Vilken kvalitativ metod har använts?

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? (Inklusions och exklusionskriterier ska vara beskrivna) Ja/Nej

Var genomfördes undersökningen?

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

☐ strategiskt urval

☐ snöbollsurval

☐ teoretiskt urval

☐ ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund)

Är undersökningsgruppen lämplig? Ja/Nej

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamlingen)? Ja/Nej

Beskriv

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc)?

Beskriv

Ange datainsamlingsmetod:

☐ ostrukturerade intervjuer

☐ halvstrukturerade intervjuer

- ☐ fokusgrupper
- ☐ observationer
- ☐ video-/bandinspelning
- ☐ skrivna texter eller teckningar

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Ange om:

- ☐ teman är utvecklade som begrepp
- ☐ det finns episodiskt presenterade citat
- ☐ de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskriva
- ☐ svaren är kodade

Resultatbeskrivning

Är analys och tolkning av resultat diskuterade? Ja/Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)? Ja/Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)? Ja/Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?
Ja/Nej

Är resultaten åtförda och diskuterade med undersökningsgrupp? Ja/Nej

Är de teorier och tolkningar som presenterades baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)? Ja/Nej

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? Ja/Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat? Ja/Nej

Har resultaten klinisk relevans? Ja/Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? Ja/Nej

Finns risk för bias? Ja/Nej

Håller du med om slutsatserna? Ja/Nej

Ska artikeln inkluderas? Ja/Nej

Hur stort var bortfallet?

Fanns en bortfallsanalys? Ja/Nej

Var den statistiska analysen lämplig? Ja/Nej

Om nej, varför inte?

Vilka var huvudresultaten?

Erhölls signifikanta skillnader? Ja/Nej

Om ja, vilka variabler?

Vilka slutsatser drar författaren?

Instämmer du? Ja/Nej

F.Värdering

Kan resultaten generaliseras till en annan population? Ja/Nej

Kan resultaten ha klinisk betydelse? Ja/Nej

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien? Ja/Nej

Motivera varför/varför inte

(Forsberg & Wengström 2008 s. 206-210)

Bilaga 5

Författare: Baker et al

Titel: A randomized controlled trial of the effects of multisensory stimulation (MSS) for people with dementia

A. Syfte	B.Undersökn.	C. Intervention	D. Mätmetod	E. Analys	F. Värdering
* 1	* 2	MSS /aktiviteters inverkan	Likert, INTE-RACT	ja	ja
ja	* 3	MSS, aktiviteter	ja	3	ja
ja	ja	et, psyk,assistent, sjukhuspersonal	ja	ja	ja
—	dagcentral	8 ggr	—	ja	ja
—	?	deltog i aktiviteter	—	* 4	* 6
—	ja	—	—	ja	—
—	25	—	—	eff. på mättna variabler	—
—	25/25	—	—	*5	—
—	ja	—	—	ja	—

* 1 Att jämföra MSS med enkla aktiviteter för att se effekten på beteende, humör och kunskap.

* 2 Bodde hemma med egenvårdare, remiss till en utvald hälsostation, led av Alzheimers sjukdom eller annan demens och deltagande i en av dagcentralerna minst två ggr/vecka,

* 3 Hade andra psykiatriska diagnoser och/eller hade haft fler än en MSS-session de senaste tre månaderna.

* 4 Båda grupperna blev mer uppmärksamma, spontana, sociala, gladare och tog mera initiativ, och i aktivitetsgruppen ökade talförmågan.

*5

*6 Välgjord relevant undersökning kring effekten av såväl MSS som aktiviteter för äldre med demens.

Författare: Chung, Jenny

Titel: Activity Participation and Well-being of People With Dementia in Long-Term-Care Settings

A. Syfte	B.Undersökning	C. Metod	D. Dataanalys	E. Utvärdering
* 1	*2	DCM, observation	ja	ja
ja	*3	ja	3	ja
ja	konsekutivt	ja	ja	ja
-	boende	ja	ja	*6
-	43	-	*4	-
-	-	-	ja	-
-	-	-	välstånd	-
-	-	-	*5	-
-	-	-	ja	

*1 Undersöker aktiviteter som personer med demens ägnar sig åt på ett boende och invånarnas välbefinnande.

*2 Personer med demens som finns på boendet i 6 mån.

*3 Måtte inte inklusionskriterierna

Ergo- och fysioterapeuter, läkare, socialarbetare, sjuksköterskor, egenvårdare, på boendet, i vardagen

*4 Stor skillnad mellan de olika kontrollgrupperna. Låg aktivitet leder till dåligt välbefinnande.

*5 Personer med demens bör aktiveras

*6 Visar att aktivitet har direkt samband med välbefinnande för äldre med demens.

Författare: Clare et al

Titel: Goal-Oriented Cognitive Rehabilitation for People With Early-Stage Alzheimer Disease: A Single-Blind Randomized Randomized Controlled Trial of Clinical Efficacy

A. Syfte	B.Undersökn.	C. Intervention	D. Mätmetod	E. Analys	F. Värdering
* 1	* 2	ev. för effekt av rehab.		ja	ja
ja	* 3	kogn.rehab.	nej	18	ja
ja	ja	ergoterapeuter	ja	ja	nej
—	i hemmet	8 ggr	—	ja	ja
—	?	ej behandl/ avslappningsterapi	—	ET inv. på QoL	* 4
—	nej	—	—	ja, eff. på mättna variabler	—
—	23	—	—	ja	—
—	23/23/23	—	—	—	—
—	ja	—	—	—	—

* 1 Att finna evidens för den kliniska effekten av kognitiv rehabilitering i ett tidigt stadiet av Alzheimers sjukdom.

* 2 Diagnostiserad Alzheimers sjukdom och medicinerad med AChEI i åtminstone fyra veckor.

* 3 Tidigare grav psykisk störning eller neurologisk sjukdom eller ifall medicinering ändrades under den här perioden.

* 4 Visar på effekten av rehabilitering av personer med Alzheimers sjukdom.

Författare: Gitlin et al

Titel: A Behavioral Home-Based Intervention and the Well-being of Patients With Dementia and Their Caregivers

A. Syfte	B.Undersökn.	C. Intervention	D. Mätmetod	E. Analys	F. Värdering
* 1	* 2	Effekt på kapacitet genom anpassande av hemmet vardag	Functional Independence Measure, QoL-Alzheimer Disease Scale, aktivitet med 5 stegs skala, 16 item Agitated Behavior in Dementia	ja	ja
ja	* 3	COPE	ja	21	ja
ja	ja	professionella inom hälsovården	ja	ja	ja
—	I hemmet	upp till 10 ggr	—	ja	ja
—	2006-2009	ej behandl./undersöktes	—	COPE inv. på kapaciteten efter 4 mån.	* 4
—	nej	—	—	ja	—
—	ca.100 (par)	—	—	eff. på mätbara variabler = ökad livskvalitet, funktionalitet, självständighet	—
—	ca.100/100 (par)	—	—	Efter 4 mån. har COPE stor effekt på bevarandet av funktioner	—
—	ja	—	—	ja	—

*1 Undersöker icke-medicinska interventioner och dess inverkan på kapaciteten hos personer med demens.

*2 Patient: diagnostiserad demens, äldre än 21 år, talade engelska, behövde hjälp med ADL, beteendeproblem, bodde med eller nära egenvårdaren/vårdaren. Egenvårdare/vårdare: hjälpte till åtta timmar eller mer i veckan, planerade att stanna i området i åtminstone nio månader, letade inte efter boende på äldreboende och upplevde problem med klientens beteende.

*3 Terminala sjukdomar med en förväntad livslängd under nio månader, aktiv behandling för cancer, fler än tre akuta sjukhusbesök det senaste året eller deltagande i en annan undersökning.

*4 Visar påökad livskvalitet med små medel/ rätt utbildning av egenvårdare

Författare: Graff et al

Titel: Effects on Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial

A. Syfte	B.Undersökn.	C. Intervention	D. Mätmetod	E. Analys	F. Värdering
* 1	* 2	ET effekt-QoL	Dqol, CSD, CES-D, GHQ-12	ja	ja
ja	* 3	ET	nej	18	ja
ja	ja	ergoterapeuter	ja	ja	nej
—	kliniker	10 ggr	—	ja	ja
—	2001-2005	ej behandl.	—	ET inv. på QoL	* 4
—	nej	—	—	ja, eff. på mättna variabler	—
—	135	—	—	ja	—
—	135/135	—	—	—	—
—	ja	—	—	—	—

* 1 Att avgöra vilken inverkan ergoterapi har på livskvaliteten hos personer med demens och deras egenvårdare

* 2 65 år och äldre, bodde i kommunen, mild eller medelsvår demens, hade egenvårdare

* 3 Uppfylldde inte ovanstående kriterier

* 4 Poängterar vikten av ergoterapi för livskvaliteten hos äldre med demens

Författare: Hogan et al

Titel: Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia

A. Syfte	B. Litteraturval	C. Resultat	D. Värdering
* 1	nämns ej	954	ja
-	nämns ej	661/nej	ja
-	ja	* 2	* 5
-	nej	ja	—
-	80% av gruppens medgivande, 1996 framåt	* 3	—
-	ja	* 4	—
-	-	ja	—

*1 Att utforma en guide kring vilka icke-medicinska och medicinska åtgärder som har effekt i behandlingen av demens.

* 2 En kombination av motion och möjlig medicinering rekommenderas för mild till medelsvår demens, när det gäller milda problem med humöret och beteendet rekommenderas ickemedicinska åtgärder i första hand.

* 3 Se ovan

* 4 Trots att den existerande terapin för demens kan hjälpa mot symtom, behövs mer effektiva interventioner.

* 5 Ja, motiverar behovet av terapi i motvikt till medicin.

Författare: Kolanowski et al

Titel: Capturing interests: Therapeutic recreation activities for persons with dementia

A. Syfte	B.Undersökning	C. Metod	D. Dataanalys	E. Utvärdering
* 1	*2	DCM, observation	ja	ja
ja	*3		3	ja
ja	konsekutivt	ja	ja	ja
-	ja	ja	ja	*6
-	boende	-	*4	-
-	10	-	ja	-
-	-	-	välstånd	-
-	-	-	*5	-
-	-	-	ja	

*1 Undersöker hur aktiviteter som tar personlighet och kunskapsnivå i beaktande inverkar på negativa beteenden hos personer med demens

*2 Talade engelska, diagnostiserad demens, informant, negativt beteende till följd av demens

*3 Nyligen rapporterade psykiska problem, alkoholism, Parkinsons sjukdom, vascular demens, mötte inte inklusionskriterier i mätning i NEO Five-Factor Inventory, ny psykiatrisk medicin

* 4 Minskat negativt beteenden under behandlingen.

* 5 När personer får ägna sig åt aktiviteter som motsvarar deras intresse och nivå så ökar aktiviteten

*6 Visar på vikten av att anpassa en aktivitet enligt person.

Författare: Riley-Doucet et al

Titel: Use of Multisensory Environments in the Home for People with Dementia

A. Syfte	B. Undersökning	C. Metod	D. Dataanalys	E. Utvärdering
* 1	ja	ja * 3	* 5	ja
intervju/ observation	i hemmet	ja * 4	teman, citat	ja
ja	ja	halvstrukturerad intervju/ observationer	* 6	ja
-	strategiskt	ja	ja	ja
-	* 2	-	ja	nej
-	ja	-	ja	* 7
-	-	-	nej	ja
-	-	-	ja	ja

* 1 Att undersöka möjligheten och effekten av att använda multisensoriska miljöer i hemmet för personer med demens

* 2 65 år och äldre, diagnostiserad med demens och egenvårdare över 18 år

* 3 Hembesök, intervju i hemmet av båda deltagarna, inredde ett MSE-rum i hemmet, egenvårdare utförde observationer, telefonintervju en vecka senare, efter tre veckor ett andra hembesök med intervju

* 4 Frågor kring vad som gör personen med demens irriterad, vad i beteendet som stör egenvårdaren, hur det påverkar deras relation och den andra intervjun kring vilken inverkan MSE-rummet har haft

* 5 Data kodades från intervjuer för att identifiera teman

* 6 MSE gjorde det lättare för personerna att slappna av, uppmärksamma miljön omkring dem och kommunicera med familjen

* 7 Människor med demens verkar trivas med att ha multisensorisk stimulans i vardagen

Författare: Spector et al

Titel: Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia

A. Syfte	B.Undersökn.	C. Intervention	D. Mätmetod	E. Analys	F. Värdering
* 1	* 2	effect av kognitiv stimulering	MMSE, ADAS-Cog, Quality of life – Alzheimer's disease scales	ja	ja
ja	* 3	kognitiv stimulering	ja	16	ja
ja	ja	forskare	ja	ja	ja
–	boende/dagcentral	14 ggr	–	ja	ja
–	?	ingen behandling, analyserades	–	* 4	*6
–	ja	–	–	ja	–
–	ca.100	–	–	bättre resultat i mätningarna hos interventionsgruppen	–
–	115/86	–	–	*5	–
–	ja	–	–	ja	–

*1 Att testa hypotesen att kognitiv stimuleringsterapi för äldre med demens höjer kognitiva förmågor och livskvalitet

*2 Mötte DSM-IV kriterierna för demens, fick mellan 10-24 poäng i MMSE, kunde kommunicera, såg och hörde tillräckligt bra för att delta, hade inte en allvarlig psykisk sjukdom/ handikapp som kunde påverka deras deltagande, led inte av en utvecklingsstörning

* 3 mötte inte inklusionskriterierna, blev aggressiva under undersökningen

* 4 Kognitiv stimulering gav höjda resultat i mätningarna

* 5 Kognitiv stimulering kan fungera bättre än medicin, och är av nytta för personer med demens

* 6 Visar på effekten av kognitiv stimulering för äldre med demens

Författare: Wood et al

Titel: Dying of Boredom: An Exploratory Case Study of Time Use, Apparent Effect, and Routine Activity Situations on Two Alzheimer's Special Care Units

A. Syfte	B. Undersökning	C. Metod	D. Dataanalys	E. Utvärdering
* 1	ja	ja * 3	* 5	ja
fallstudie	2 avdelningar	ja * 4	kodade	ja
ja	ja	fokusgrupp/ observation	* 6	ja
-	strategiskt	ja	ja	ja
-	* 2	-	ja	nej
-	ja	-	ja	* 7
-	-	-	nej	ja
-	-	-	ja	ja

* 1 Att undersöka relationen mellan rutinaktiviteter på två avdelningar för personer med Alzheimers sjukdom och två indikatorer för livskvalitet på boende: daglig tidsanvändning och emotionellt välmående.

* 2 14 invånare från två avdelningar. Inklusionskriterier var att de led av Alzheimers sjukdom eller en realiterad demenssjukdom, att de kunde gå utan assistans, uttrycka behov och att de bott på avdelningen i åtminstone 6 månader.

* 3 Datainsamlingen skedde med hjälp av ett instrument för att mäta aktivitet i sammanhang och tid (Activity in Context and Time, ACT). Instrumentet har 10 observationskategorier som alla är kodade. Fyra observanter utförde undersökningen på avdelningarna.

* 4 Observationerna skedde var tionde minut från 8.00-20.00 varje dag. De iakttog bl.a. aktivitetstyp, blick, konversation, position, aktivitet och intresse.

* 5 Baserade på ACT

* 6 Måltider, ADL, fritid och delaktighet var kopplat till livskvalitet, medan pressen av aktivitetsgrupper och tv-tittande inte påverkade livskvaliteten positivt. Ändå tar de aktiviteter som inte höjer livskvaliteten upp en stor del av deltagarnas vardag.

* 7 Ergoterapeuters expertis behövs i arbetet med personer med Alzheimers sjukdom

Författare: Öhman & Nygård

Titel: Meaning and Motives for Engagement in Self-Chosen Daily Life Occupations Among Individuals With Alzheimer's Disease

A. Syfte	B. Undersökning	C. Metod	D. Dataanalys	E. Utvärdering
* 1	ja	ja * 3	* 5	ja
intervju/observation	i hemmet	ja * 4	teman, citat	ja
ja	ja	ostr. intervju/ observation	* 6	ja
-	strategiskt	ja	ja	nej
-	* 2	-	ja	nej
-	ja	-	ja	* 7
-	-	-	nej	ja
-	-	-	ja	ja

* 1 Att undersöka och beskriva mening och motivation av självvalda vardagliga aktiviteter bland personer med Alzheimers sjukdom.

* 2 Personer med mild till medelsvår Alzheimers sjukdom, variation i ålder, kön och civilstatus för att ge homogenitet.

* 3 På en mottagning för personer med Alzheimers sjukdom.

* 4 Personerna intervjuades enligt en intervjuguide som fokuserar på deltagarnas egen beskrivning av sin vardag, deras rutiner, motivation och vikt av aktivitet. Intervjuerna tog mellan 19 och 116 minuter. Därefter iaktogs deltagarna då de utförde olika aktiviteter.

* 5 Kategoriserade enligt teman som kom upp i intervjuerna

* 6 Viktigt att kunna förstå en bekant vardag, bevara en personlighet, uttrycka sig, vara självständig och vara aktiv

* 7 Man bör uppmärksamma personernas personligheter och anpassa aktiviteter enligt deras intressen och förmåga.

